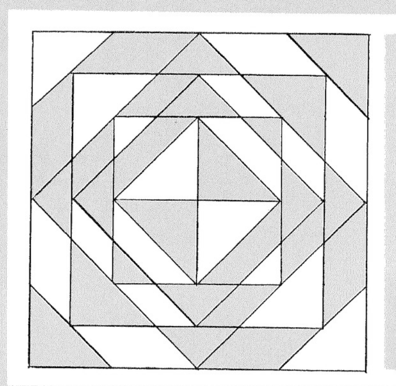
العلاج النفسي



دكتور
عبد الرحمن عيسوي

دار النهضة العربية
للطباعة والنشر
بيروت - ص.ب ٧٤٩-١١

العلاج النفسي

العلاج النفسي

دكتور عبد الرحمن عيسوي
قسم علم النفس - كلية الآداب
جامعة الاسكندرية

دار النهضة العربية
للطباعة والنشر
بيروت - ص.ب ٧٤٩-١١

دار النهضة العربية
للطباعة والنشر
بيروت - لبنان - ص.ب: ١١٠٧٤٩

تقديم

يسرني أن أقدم للمكتبة العربية كتاب « العلاج النفسي » راجياً أن يسد بعض النقص الملموس في هذا المجال التطبيقي الحيوي من المجالات العديدة لعلم النفس الحديث . والواقع أن علم النفس في العالم العربي لم يأخذ دوره المنشود من التقدم والإزدهار الذي يتمشى مع ما أحرزه هذا العلم الناشىء من تقدم في المجتمعات المتقدمة . فما زال يعاني من نقص كبير في عدد المتخصصين فيه ، وفي البحوث الحقلية الميدانية التي تعالج مشاكل المواطن العربي ، وتوضح سمات شخصيته وأنماط ردود الفعل عنده . وإذا كان علم النفس في مجاله النظري يعاني بعض النقص فإن هذا النقص أكثر وضوحاً في مجالاته العملية التطبيقية ، ومن ذلك علم النفس التربوي والمهني والعسكري والقضائي والصناعي والتجاري وعلى وجه الخصوص علم النفس العيادي أو الاكلينيكي أو العلاجي .

ونحن في العالم العربي في أمس الحاجة إلى إتقان فنون علم النفس التطبيقية وممارستها وتوفير الخدمات النفسية ولاسيما الوقائية والعلاجية منها لكافة أبناء المجتمع . ولذلك لا ينبغي النظر للعلاج النفسي على أنه نوع من الترف العلمي أو العملي وإنما على أنه ضرورة ملحة تتطلبها الحياة العصرية السوية السعيدة التي هي حق كالماء والهواء لكافة طوائف المجتمع وقطاعاته ، ولا ينبغي

أن يقتصر العلاج للقادرين مادياً على دفع نفقاته الباهظة . بل ينبغي أن تمتد مظلة الرعاية النفسية لتشمل جميع أفراد المجتمع .

إن المرض النفسي من أشد العوامل قسوة وعنفا في انتزاع سعادة الإنسان وتدميرها ، بل وسعادة وأمن المحيطين به أيضاً . فالأسرة التي يصاب أحد أعضائها بالمرض العقلي أو النفسي تعاني كلها من التعاسة والبؤس وضيق الصدر فضلاً عما يسببه المرض من إعاقة لإنتاجية الفرد وإبداعه وإسهامه في العمل الوطني ، بذلك يكون العلاج النفسي نوعاً من الاستثمار المفيد الذي يرتد عائده على كل من الفرد والمجتمع على حد سواء .

وقد يقال إن الأمراض النفسية والعقلية أمراض عصرية حديثة وعلى ذلك فلا توجد في مجتمعاتنا العربية بنفس القدر الذي توجد به في المجتمعات المتقدمة إلا أن هذا القول مردود إذ أن الأمراض العقلية والنفسية وجدت منذ وجد الإنسان وتعرف عليها علماء اليونان وفلاسفتهم ثم تناولها علماء العرب بالفحص والتشخيص والعلاج وأقاموا المستشفيات العقلية المتخصصة التي كانت ترعى المرضى جسمياً وعقلياً واجتماعياً ، وتعرف الإنسان منذ القدم على الجنون والخبل والهبل وذهاب العقل .

والحقيقة أن الأمراض العقلية والنفسية موجودة عندنا كما توجد عند غيرنا ، بل لقد وجد كاتب هذه السطور في بعض الدراسات التي أجراها على العصاب النفسي وبعض سمات الشخصية الأخرى أن أفراد العينات العربية أكثر سوءاً عن زملائهم الانجليز والأمريكان[1] .

وإلى جانب أهمية العلاج النفسي كأسلوب مستقل فإنه يفيد أيضاً كأسلوب يساعد مرضى الأمراض الجسمية في سرعة الشفاء وفاعلية العلاج الطبي .

(1) د . عبدالرحمن عيسوي ، دراسة العصاب النفسي ، دار النهضة العربية بيروت .

والكتاب الذي أضعه بين يدي القارىء العربي محاولة متواضعة في هذا المجال الواسع والخصب ألا وهو مجال العلاج النفسي ولعل يكون فيه دعوة للمسئولين عن صحة أفراد المجتمع وسعادتهم للإهتمام بهذا المجال الحيوي ، وفتح العيادات والمستشفيات النفسية والعقلية المتخصصة وتمويل الدراسات الحقلية التي تسبر أغوار هذا الميدان الكبير . ولعل الكتاب خطوة متواضعة أيضاً للانتقال بعلم النفس في عالمنا العربي خطوة إلى الأمام من مجال النظر إلى مجال التطبيق .

ولعل الكتاب ـ فيما وصل إليه علم المؤلف ـ هو الأول من نوعه الذي يحمل هذا العنوان « العلاج النفسي » . ومن هذا فقط نشعر بالتخلف الشاسع بين العلاج النفسي في العالم العربي والعلاج النفسي في أوربا وأمريكا وذلك لأن القارىء هناك يجد عشرات الكتب والمراجع التي يخصص الواحد منها بأكمله لنوع أو لأسلوب واحد من أساليب العلاج النفسي المتعددة كالعلاج السلوكي أو العلاج الجماعي والعلاج التحليلي ـ بل إن هناك مؤلفات برمتها تعالج مشكلة واحدة أو مرضاً واحداً كعلاج الفصام أو الكحولية أو الجنسية المثلية أو السيكوباتية وما إلى ذلك . ولعل في ذلك بعض العذر إذا لمس القارىء أن هناك بعض النقص في سرد تفاصيل بعض المناهج العلاجية إذ المفروض أن يخصص لكل أسلوب من أساليب العلاج مؤلفاً مستقلاً .

ولعل الطابع الأساسي الذي حرصت أن أبرزه في هذا الكتاب هو الاهتمام بعرض التقنيات والأساليب الفنية أو الطرق التي يستخدمها المعالج النفسي أكثر من اهتمامي بحشد الخلفيات النظرية . ولقد أوردت كثيراً من الحالات المرضية واقتبست كثيراً من المقابلات التشخيصية والعلاجية حتى يعيش القارىء في جو العلاج النفسي الحقيقي ويقف على ما يجري في حجرة العلاج من تفاصيل ودقائق . وكان من الممكن أن أكتفي بعرض المبادىء العامة الرئيسية ، ولكن ذلك لا يحقق ما أصبو إليه وما أتمناه من تقدم فني وعملي لمناهج

علاج الأمراض النفسية والعقلية ، ولعلم كعلم النفس الناشيء في مجتمعنا العربي الذي يسعى لبناء حضارة عصرية لا بد وأن تكون متكاملة العناصر في جوانبها المادية والروحية والنفسية والاجتماعية والخلقية والعلمية الخ .

ولكن مهما يكن من أمر التفاصيل الواردة في هذا الكتاب ومن شروح لمجريات العلاج النفسي فإن الكتاب في حد ذاته لا يكفي لممارسة العلاج النفسي بأي صورة من الصور الرسمية أو غير الرسمية ، بل إنني أحذر مشدداً من محاولة تطبيق أي من هذه الاجراءات العلاجية سواء على الفرد نفسه أو تطبيقها على غيره ذلك لأن العلاج النفسي يحتاج إلى تدريبات عملية حقلية مكثفة ومتعمقة ويحتاج إلى مران عملي لا يكتسب من قراءة الكتب والمراجع وإنما من الممارسة العملية والتدريب العملي على أيدي المتخصصين . والقانون يحرم على غير الحاصلين على تراخيص حكومية مزاولة مهنة العلاج النفسي[١] . ذلك لأن العلاج النفسي سلاح ذو حدين فهو لدى الأيدي غير المتخصصة قد يتسبب في إيذاء المريض .

وسيرى القارىء في رحلته مع هذا الكتاب ، أن العلاج النفسي أحد الفنون العلمية والعملية الواسعة التي يحتاج إلى التزود بخبرات ومعارف من فروع علمية شتى . من ذلك الطب البشري والطب العقلي والخدمة الاجتماعية والتربية والدين والفلسفة والقانون وعلم الاجتماع والصحة العامة . . الخ . ولذلك فأقل ما أنصح به قارىء هذا الكتاب هو أن يقرأ في كل مجالات علم النفس أولاً حتى تزداد إفادته من قراءته ومن ذلك ضرورة القراءة في علم النفس العام وعلم النفس الفسيولوجي وعلم النفس الاجتماعي وعلم النفس المرضي وعلم النفس المهني وعلم النفس التعليمي والقياس العقلي . إذ لا بد من معرفة الأسس النظرية والتجريبية قبل المناهج التطبيقية .

ولقد أوردت بكثير من الاختصار والتبسيط بعض المناهج الطبية العلاجية

(١) راجع قانون مزاولة المهن الطبية .

لا لأنها من اختصاص ممارسات المعالج النفسي وإنما للإلمام النظري بمثل هذه المعالجات الطبية وحتى يلم الأخصائي النفسي بما تتضمنه مثل هذه الأساليب التي يخضع لها المرضى الذين يشترك هو في معالجتهم وفي رعايتهم أو تشخيص حالتهم . ولا شك أن هناك علاقة وثيقة بين علم النفس وعلم الطب العقلي سواء في مفاهيمها النظرية أو في ممارستها العملية .

والله ولي السداد والتوفيق ،

د. عبد الرحمن عيسوي

الفصل الأول

تعريف وأهداف العلاج النفسي

الحاجة الملحة للعلاج النفسي :

لم يحظ علم النفس في مصر بما كان مقدراً له أن يحظى به من تقدم وازدهار يساعدانه على مواكبة التقدم العالمي في هذا الفرع الحيوي من فروع المعرفة الحديثة . فالجامعات تعاني من نقص كبير في أعضاء هيئة التدريس في هذا التخصص ، وبالطبع انعكس هذا النقص على مجال العلاج النفسي أحد المجالات التطبيقية الرئيسية لهذا العلم الناشيء .

والباحث في مجال العلاج النفسي أو الطبيب الممارس لا يجد في المكتبة العربية إلا قليلاً جداً من الكتب والمراجع الأساسية المخصصة للعلاج النفسي بأساليبه المتنوعة وأسسه النظرية المتباينة .

إن تقدم الحياة الحديثة وتعقدها في مجتمعنا العربي المعاصر يجعل من العلاج النفسي ضرورة حتمية لا بد من التوسع فيها ، وإعداد المتخصصين لها وإنشاء العيادات النفسية التي تلحق بأماكن التجمعات البشرية ، وذلك لتقديم الخدمات النفسية الضرورية .

إن ظروف الحياة الحاضرة وما تتسم به من منافسة وصراع وتعقيد تلقي بكثير من الضغوط على كاهل الفرد مما يترك آثاراً نفسية سيئة على صحته العقلية

الأمر الذي يتوجب معه ضرورة توفير أساليب الوقاية والعلاج النفسي(١) .

من بين تعاريف العلاج النفسي أنه « مداواة النفس » أي النفس المضطربة ، بأساليب مختلفة من أهمها أسلوب الاتصال اللفظي .

ويؤدي العلاج إلى التأثير في نفس المريض وفي عقله معاً وفي سلوكه .

ومن المعروف أن القادة وغيرهم يؤثرون في اتجاهات وأفكار وعقائد الناس وسلوكهم عن طريق أساليب الإقناع اللفظي(*) ، ولكن العلاج النفسي يختلف عن هذه الأساليب في اعتراف المريض بوجود شيء في سلوكه واتجاهاته يحتاج إلى التغيير والتعديل .

ورغم وجود هذه الأنماط من تغيير شخص ما والشخصيات الأخرين إلا أن العلاج النفسي كنهج علمي هو منهج حديث .

لقد كان أول من أدخل في مفهوم العلاج الأفكار الانسانية هو العالم الفرنسي بنيل Pinel الذي نظر للمرضى على أنهم ما زالوا بشراً يستجيبون للعطف والتقدير والفهم ، وكان ذلك في غضون القرن الثامن عشر . أما مسمار Mesmer وهو من علماء القرن الثامن عشر أيضاً فقد أوضح الآثار العلاجية للتنويم المغناطيسي . على الرغم من وجود هذه اللمحات إلا أن حركة العلاج النفسي لم تبدأ إلا في أواخر القرن التاسع عشر ، وأول من وضع منهجاً محدداً للعلاج النفسي هو سيجمند فرويد ، وإن كان قد استفاد كثيراً من العلماء الذين سبقوه من أمثال شاركوت وجانيب وكربيان .

ومن خواص الموقف العلاجي وجود شخص مضطرب يشعر ويرغب في الشفاء ، ووجود شخص آخر متخصص هو الطبيب يلاحظ اضطراب المريض وحاجته إلى المعالجة وإمكانية شفائه أو تحسنه من خلال هذه المعالجة ، وقد يتنوع

---

(١) Harper, R.A., Psychoanalysis and Psychotherapy, Prentice - Hall U.S.A. 1960

(*) راجع أساليب الإقناع والحرب النفسية وعمليات غسيل المخ في كتاب المؤلف علم النفس الاجتماعي ، دار النهضة العربية ـ بيروت .

هذا الموقف ويصبح لدينا أكثر من مريض وطبيب واحد ، وفي هذه الحالة يعرف العلاج باسم العلاج النفسي الجماعي ، وقد يتعدد المرضى ويتعدد الأطباء وفي هذه الحالة يعرف العلاج بأنه العلاج المزدوج Multiple Therapy .

ويمتاز العلاج النفسي بوجود علاقة احترام بين المعالج والمريض ، وعلاقة تعاطف وتفاهم وقبول على ألا تتطور هذه العلاقة إلى علاقة حب أو غرام أو علاقة تقمص شخصية أحدهما الآخر . وينبغي أن يفهم المريض مقدار ما يبذله الطبيب من جهد وطاقة في سبيل شفائه وسعادته[1] . ويمكن للمعالج أن يمد المريض بالمعلومات عن ظروفه وعن أحوال البيئة التي يعيش فيها ، وأن يصوب معلوماته الخاطئة ، ولا ينبغي أن يعتمد المريض كثيراً على الطبيب بل يجب أن يصل إلى أساليب التكيف الشخصي والنفسي عن طريق جهده الذاتي وبمساعدة الطبيب فقط ، وذلك حتى لا يحتاج المريض إلى عملية فطام عن المعالج كما يفطم الطفل عن أمه ، ويساعده المعالج عن طريق تكليفه بالقيام ببعض الأعمال التي تشبه الواجبات المنزلية بحيث يؤديها بمفرده ، وتساعد في نمو استقلاله الذاتي .

ويتم العلاج النفسي في إطار مجالات علم النفس والطب والتربية والخدمة الاجتماعية والدين . ويحتاج المعالج النفسي إلى الإلمام التام بعلم النفس وعلم الاجتماع والطب العقلي والخدمة الاجتماعية والتربية والعلاج النفسي والإلمام بالمعايير الاجتماعية المقبولة والسوية في المجتمع الذي نعيش فيه ، والتدريب على ملاحظة سلوك المرضى . ويطالب البعض بضرورة خضوعه هو نفسه للعلاج النفسي حتى يتعرف على نواحي القلق عنده وعلى دوافعه ورغباته وآلياته الدفاعية وجوانب القوة والنقص في شخصيته .

وعلى المستوى الشخصي ينبغي أن يكون المعالج متحرراً من الاضطرابات

(١) Harper, R.A., Psychoanolysis and Psychotherapy, Prentice - Hall Inc, U.S.A. 1960.

الانفعالية الخطيرة . وقد يكون من المفيد أن يكون المعالج نفسه قد عانى وشعر بما يشعر به المريض نفسه ، وأنه قد تخلص من هذه المشاعر ، وكذلك ينبغي أن يكون المعالج النفسي على درجة عالية من الذكاء ، ومن الفهم والاستقرار الانفعالي والمرونة ، في التفكير والسلوك .

ومن خصائص المريض الذي يخضع للعلاج النفسي أن يكون على درجة ما من الذكاء ، وأن يشعر بأنه مضطرب ، وأنه يوجد لديه الدافع والرغبة في الشفاء أما الأشخاص الأكثر اضطراباً فيحتاجون لأنواع أخرى من العلاج كالعلاج بالصدمات الكهربائية أو بصدمات الأنسولين أو التخدير . وعلى المستوى الفيزيقي يجب توفير جو هادىء ومريح ، وأن يتم اللقاء بين المعالج والمريض على انفراد ، كذلك ينبغي أن يكون المكان جيد التهوية والإضاءة والحرارة والديكورات المنسقة مع وجود أريكة مريحة يجلس عليها المريض .

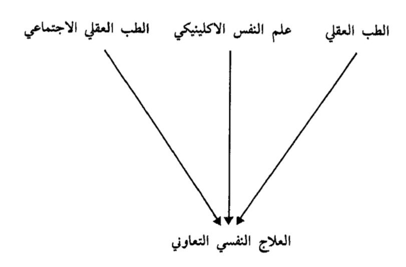
من أهم هذه الشروط عنصر الانفراد بالمريض ، كذلك يجب أن تتوفر السرية التامة لكل ما يقوله المريض[١] .

يقصد بالعلاج النفسي علاج اضطرابات الشخصية personality disturbances باستخدام الوسائل السيكولوجية أو علاج سوء التكيف Maladjustment أو الأمراض العقلية Mental illnesses ويمكن أن يشترك في عمليات العلاج أرباب عدة تخصصات ، فالمشاكل الخفيفة يمكن معالجتها عن طريق المساعدة من غير ذوي الاختصاص Nonprofessionals كالآباء والأمهات والمعلمين والمعلمات أو الأصدقاء .

ويشتغل المعالجون النفسيون في كثير من المؤسسات الاجتماعية ، كالمستشفيات والعيادات ومراكز رعاية الأسرة والطفل وفي السجون والاصلاحيات والمراكز الاجتماعية وفي المدارس والجامعات والمصانع الكبرى ، حيث تعالج المشاكل التربوية والمهنية أو المشاكل الشخصية والنفسية .

(١) Harper, R.A. Ibid.

ولقد انتشر سلوك العلاج التعاوني الذي يشير فيه عدد من الأخصائيين الذين يمثلون ثلاثة تخصصات هي : الطب العقلي وعلم النفس الاكلينيكي أو العيادي clinical والطب العقلي الاجتماعي ، ويعمل هؤلاء في المؤسسات عملا مشتركا كفريق واحد . ولقد بدأ هذا الأسلوب من العلاج في عيادات إرشاد الأطفال أولاً child guidance chinics ثم ساد وانتشر في مجالات العلاج الأخرى .



إنهم يجمعون معاً الحقائق المتعلقة بكل حالة case ، ويناقشون فيما بينهم الخطة اللازمة لعلاجها ، كما يحددون مسئولية كل فرد منهم في علاج الحالة ، وإن كان تقسيم العمل هذا يختلف باختلاف نوعية الحالة .

بالنسبة للطبيب العقلي psychiatrist فهو يعد إعداداً طبياً أو يكون مؤهلاً تأهيلاً طبياً ، وتشمل خبراته الحالات التي توجد في المستشفيات العقلية mental hospitals وكذلك الحالات التي تتردد على العيادات الخارجية outpatient clinics .

وفي ضوء هذا العمل الجماعي team work يتحمل المسئولية الطبية إلى جانب أي دور آخر يرغب هو في تحمله في أي حالة معينة .

أما المحلل النفسي psychoanalyst فإنه يستخدم الطرق أو الأساليب

والنظريات المنحدرة من أعمال سيجمند فرويد[١] صاحب نظرية التحليل النفسي . ويمكن أن يكون المحلل النفسي طبيباً عقلياً . وإن كان هناك عدد كبير من المحللين النفسيين من غير حملة المؤهلات الطبية ، ولكن ليس بالضروري أن يكون كل طبيب عقلي محللاً نفسياً .

أما أخصائي علم النفس الاكلينيكي Clinical psycho logist فهو في الغالب حاصل على درجة الدكتوراه في علم النفس ، وسبق له التدريب في مجال القياس testing والتشخيص diagnosis والارشاد النفسي counseling والعلاج النفسي ، والبحث النفسي . ويقوم بتفسير نتائج الاختبارات النفسية كما يستخدم مهاراته الأخرى في ميدان العلاج والتشخيص والبحث .

وبالنسبة لأخصائي الطب العقلي الاجتماعي psychiatric social worker ففي الغالب ما يكون حاصلاً على درجة الماجستير من إحدى كليات أو معاهد أو مدارس الخدمة الاجتماعية وسبق له الاقامة الداخلية في إحدى المستشفيات internship وله خبرة خاصة وتدريب خاص على إجراء المقابلات interviewing في البيوت ، ويكون قادراً على نقل أساليب المعالجة وآثارها إلى المنازل وإلى المجتمع ككل . ومن أجل هذا التدريب الخاص فإن الأخصائي الاجتماعي من هذا النوع يستدعي لجلب المعلومات حول الظروف المنزلية ولاجراء المقابلات مع أقارب المريض وأصدقائه أو معلميه إلى جانب اشتراكه مع المريض في الأساليب العلاجية .

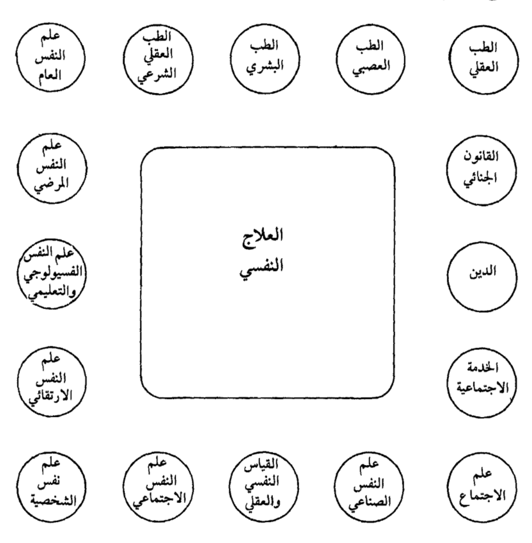
وفي المستشفيات العقلية يشترك مع هذا الفريق الممرضة العقلية psychiatric nurse ، والتمريض العقلي أحد فروع التمريض العام ، ويتضمن تدريباً خاصاً في تناول المرضى العقليين المضطربين اضطراباً شديداً وكذلك

---

(١) هو سيجمند فرويد Sigmund Freud (١٨٥٦ - ١٩٣٩) عالم النفس النمسوي الذي وضع نظرية متكاملة عن اللاشعور ومحتويات وطرق تكوينه وعن منهج التحليل النفسي في العلاج عن طريق التداعي الحر وتحليل أحلام المريض والتنويم المغناطيسي . ولقد اهتم إهتماماً بالغاً بمرحلة الطفولة المبكرة والجنس وبالدوافع اللاشعورية في تفسير سلوك الإنسان وتشكيل شخصيته .

أولئك المرضى الذين هم في طريقهم إلى الشفاء[1] .

الشكل الآتي يوضح منابع المعرفة المختلفة التي يستفيد منها المعالج النفسي بشكل أو بآخر ومنها يتضح أن عملية العلاج تحتاج إلى خبرة واسعة بكثير من فروع العلم .



التوافقات الاجتماعية :

لا شك أن الشخصية الانسانية ما هي إلا محصلة لمجموعة من العوامل

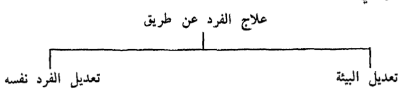
---

(١) Hillgard, E.R., Introduction to Psychology. 3rd ed., Rupert Hart - Davis, London 1962 p. 530.

الاجتماعية والوراثية ولذلك فإن إعادة تكيف الفرد readjustment المضطرب يمكن تحقيقها عن طريق تعديل علاقته بـالبيئة الاجتمـاعية social environment ، ويمكن أن يحدث التحسن في صحة العميل إما بسبب تعديل البيئة ذاتها أو بسبب مساعدة الفرد على أن ينسب نفسه إنتساباً إيجابياً إلى بيئته بطرق جديدة .

تغيير البيئة :

لقد وجد أن هناك علاقة بين معدل الجنوح delinquency والبيئة السكنية فقد لوحظ في مدينة شيكاغو أن معدل الجنوح يزداد في وسط المدينة حيث توجد المناطق الشعبية المنحطة slums وتنخفض هذه النسبة كلما تقدمنا من وسط المدينة نحو الضواحي[1] Suburban areas .



إن البيئة الاجتماعية والفيزيقية social and physical environments ترتبطان بالجنوح . ولقد لوحظ أن معدل الجنوح ينخفض عندما تدخل إلى هذه المناطق الشعبية المتدنية المستوى مراكز الترفيه recreation centers حيث تتولى تقديم منافذ طبيعية normal cutlets لطاقات الشباب الحبيسة ، وفي الغالب أيضاً ما يظهر الطفل الجانح الذي ينحدر من بيئة منزلية سيئة تحسناً عندما يوضع في منزل جيد من منازل التبني foster homes ، ولذلك تفضل سلطات محاكم الأحداث العلاج في منازل التبني عنه في المؤسسات .

كذلك فإن تغيير البيئة أكبر إفادة في علاج أنواع أخرى من الاضطرابات عنه في الجنوح نفسه . فعلى سبيل المثال الأطفال الذين ينشأون في بيوت الأيتام

(١) Hilgard, E.R., op. cit.

orphanages يعانون من بعض إضطرابات الشخصية ، ويمكن التخلص منها بوضع الطفل في منزل تبني جيد .

وتشمل تغيير البيئة بالطبع تغيير المدرسة أو العمل أو محل إقامة الفرد بحيث ينقل إلى بيئة مواتية تشبع حاجاته ولا تسبب شعوره بالإحباط والفشل .

بالطبع فإن التكيف الاجتماعي يتطلب تنمية بعض المهارات الاجتماعية social skills فإذا كان على الطفل مثلاً أن يكون مقبولاً لدى زملائه الأطفال فلا بد أن يتمكن من الإسهام في نشاطهم الجماعي كأن يكون عضواً نافعاً في فريق كرة القدم مثلاً داخل الجماعة ، يجب أن يتعلم كيف يلعب مباريات زملائه طبقاً للقواعد المرعية . إن الطفل الذي يعاني من بعض صعوبات في التكيف يحتاج إلى تعلم بعض المهارات ـ فالطفل الذكر الذي يلعب ألعاب الإناث يجب أن يتعلم أساليب لعب الذكور . كذلك فإن الطفل الذي يبكي ويصر على الحصول على ما يشاء متى يشاء يجب أن يتعلم أن لكل دوره ، وأن عليه أن يتحكم في المطالبة بحقوقه ، وقد تحتاج الفتاة إلى تعلم كيفية لبس ملابسها ، بينما قد يحتاج الطفل إلى تعلم الرقص في المجتمعات الأوربية لكي يشارك زملاءه في هذا النشاط(١) .

إن تعلم المهارات الاجتماعية لا يقتصر على الأطفال فقط وإنما يحتاجه الراشدون أيضاً ، وخاصة عندما ينتقل الفرد إلى بيئة مختلفة تماماً عن تلك التي عاش فيها حيث يلزم تعلم المهارات التي تتطلبها البيئة الجديدة حيث يتحسن مستوى إسهام الفرد في مناشط الجماعة ومن ثم يتحسن تكيف شخصيته ، ويلمس ذلك المهاجرون إلى ثقافات مختلفة عن ثقافاتهم الأصلية .

أهداف العلاج النفسي :

توجه أساليب العلاج النفسي ، على اختلافها ، المريض للتمتع بالكيف

---

(١) Hilgard, E.R., op. cit. p. 532.

الشخصي الملائم . وقد يتطلب ذلك تعزيز دفاعات ذاته الوسطى الموجودة ، ego ، أو يتطلب إعادة بناء أجزاء في شخصيته ، تتوقف هذه الأهداف المحددة وكذلك الاجراءات على حاجات المريض وعلى التسهيلات العلاجية المتوافرة .

إن العلاج النفسي الحديث ليس جديداً كل الجدة فكثير من أهدافه عرفها الأجداد القدماء دون أن يطلقوا عليها هذا الاسم[١] . وفي الوقت الحاضر الصديق الذي يرشد صديقه أو الشخص الذي يهدىء من روع طفل فزع ، إنهما يمارسان ، بصورة من الصور ومعنى من المعاني ، العلاج النفسي . إن كلاهما يحاول أن يستعيد التوازن الانفعالي في شخص آخر . حتى هذا الذوق العام أو أساليب الحياة اليومية فإنه قائم على أساس فهم طبيعة الاضطراب ولو أنه فهم حدسي Intinitine وليس فهماً علمياً . والحديث مع شخص آخر عن مشكلة حادة قائم على أساس تلك المعرفة الفطرية المعروفة باسم التصريف الانفعالي وأثرها العلاجي أو الشفائي .

كذلك فإن إسداء النصح قائم على أساس المعرفة الفطرية ، ان الشخص المتألم أو المضطرب يحتاج إلى تعضيد انفعالي كذلك الذي نمنحه إياه عن طريق السماح له بالاعتماد علينا والاستناد إلينا . كذلك فإننا نعلم علماً حدسياً بأن الشخص الذي يغمره التهديد والخوف من موقف خطير لا يستطيع أن يستخدم ملكاته الاستدلالية بكفاءة ولذلك فإننا نهدىء من روعه بإعطائه تعضيدنا . وعندما نناقش معه الموقف موضوعياً فإننا نعيره إمكاناتنا الاستدلالية . وبهذا فإننا نكون قد مارسنا مزيجاً من العلاج التعضيدي والتبصيري Supportive and insight Therapy .

إن العلاج النفسي المنهجي ما هو إلا تطبيق منظم وواع لتلك المناهج التي نؤثر بها نحن على غيرنا من الناس في حياتنا اليومية ، والفرق الرئيسي بينهما هو

---

(١) الأمراض النفسية والعقلية عند ابن سينا ومقابلاتها الحديثة ، بحث للمؤلف قدم لمؤتمر الحضارة العربية بين الأصالة والتجديد ، بيروت ١٩٧٥ ، الجامعة اللبنانية .

استبدال المعرفة الحدسية بالمبادىء السائدة المستقرة والعامة الخاصة بالديناميات السيكولوجية أي بالعمليات السيكولوجية .

معظم إجراءات العلاج النفسي العلمي للمرضى المضطربين جداً تتم في المستشفيات . أما الغالبية الكبرى من المرضى الذين يعانون من العصاب النفسي كالهستيريا والحصر والوسواس والفوبيات وكذلك مدمني الخمور والأحداث الجناح والمجرمين تتم رعايتهم خارج جدران المستشفيات .

بعد هذه المقدمة الضرورية نتساءل الآن عن الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها العلاج النفسي ؟

بصورة عامة يسعى العلاخ النفسي إلى نمو الشخصية وسيرها نحو النضج miaturity والكفاءة وتحقيق الذات self actualization ويتحقق ذلك غالباً عن طريق المرور بالعمليات الآتية :

١ ـ زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه .
٢ ـ حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه .
٣ ـ زيادة قبول الفرد لذاته .
٤ ـ توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل .
٥ ـ تقوية عامة للذات الوسطى وبنائها عن طريق الملاءمة والشعور بالأمان .

ولكن بالطبع هذه الأهداف ليست سهلة التحقيق ذلك لأن منظور الشخص للبيئة ولذاته يصبح مضطرباً نتيجة لخبرات طويلة جداً ، كعلاقته عندما كان طفلاً بأبويه . هذه الخبرات التي قد تكون امتدت ما يزيد عن العشرين عاماً مثلاً . وفي حالات أخرى تكون بيئة الفرد محاطة بمواقف مزعجة في العمل أو التوظف أو الزواج بدرجة تجعل من الصعب تحقيق التكيف السعيد حتى مع وجود أمهر المعالجين النفسيين ولا ينبغي أن نتوقع أنه بمجرد أن يصل الطبيب النفسي ، وفي بضع ساعات يقضيها في مقابلة المريض يزيل كل التاريخ الماضي

للمريض ، ويجعله قادراً على مواجهة مواقف الحياة الصعبة بملاءمة وكفاءة ، وبأسلوب جيد . بل لا ينبغي أن نتوقع أن كل علاج سيكولوجي لا بد وأن ينجح .

وعلى كل حال هناك بعض العوامل التي تساعد المعالج النفسي في بلوغ هدفه . من ذلك وجود دافع داخلي عند المريض نحو التكامل ونحو التمتع بالصحة الجسمية والنفسية . وإن معظم المرضى النفسيين يشعرون بالقلق وبالتعاسة وبهبوط الهمة ولكنهم شغوفون للتعاون في أي برنامج يؤدي إلى تحسين تكيفهم الشخصي . ومن هذه العوامل أيضاً تلك العلاقة الشخصية الفريدة التي تتصف بالدفء والود والتي تقوم بين المعالج والمريض . علاقة الصداقة والتسامح هذه تساعد المريض على الكشف عن صراعاته العميقة ومشاكله الصعبة دون أن يخاف الرقيب أو من الانتقام أو الثأر أو من النقد أو من العقاب .

على الرغم من أن هناك وجهات نظر متعددة في العلاج النفسي كالتحليل النفسي أو العلاج النفسحيوي أو العلاج النفسي التوجيهي وغير التوجيهي وما إلى ذلك إلا أننا نستطيع أن نصف هنا بعض الأحداث أو المراحل التي يتقدم عبرها العلاج النفسي ، وأولى هذه ما يلي :

خطوات العلاج

١ ـ خلق جو وعلاقة علاجيتين :

ويتضمن هذا إعداد حجرة العلاج أو مكتب الطبيب بحيث يكون هادئاً ومناسباً لاجراء المقابلة أو المناقشة . وينبغي أن يعتنق المعالج إتجاهاً ودياً فيه قبول وتسامح للمريض وآرائه ، من شأن هذا أن ينمي الشعور بالثقة في المريض ، وبذلك يشعر بالأمان أمام الافصاح عن مشاكله الحقيقية . وعلى المعالج أن يخطط أو يبني الموقف العلاجي بمعنى أن يحدد الوقت والتكاليف والمسؤوليات وما إلى ذلك . وعلى العموم يجلس الطبيب والمريض وجهاً لوجه

ويدير المعالج المناقشة أو المقابلة . في بعض الأحيان يجلس المريض إلى جانب الطبيب وليس في مواجهته ، وقد يجلس المريض بعيداً عن الطبيب .

٢ ـ الارتياح الانفعالي أو التنفيس الانفعالي Emotionol Release

في الجو التسامحي يستطيع أن يستدعي المريض مشاكله ، ويعبر عن عداواته ومخاوفه وذنوبه وغير ذلك من الانفعالات .

وعندما يتحدث عن هذه الانفعالات التي لم يكن يدرها كلية من قبل فإنها تطفو على السطح (من خلال عملية الافصاح talking out) هذا التصريف أو التنفيس أو الفضفضة catharsis ، وكذلك التعبير اللفظي أساسي في فاعليات العلاج النفسي ، ويمهد الطريق نحو الاستبصار ، والاجراءات الايجابية لحل مشاكل المريض . وما لم يخرج المريض هذه الانفعالات من فوق صدره gets these feelings off his chest فإن التوتر والصراع المرتبط به يسدان الطريق نحو تحقيق التكيف السليم . وللمساعدة في عملية الكشف عن الصراعات الانفعالية ولاطلاق سراح التوترات هناك عدة أساليب تستخدم منها الأسئلة والتفسير والتداعي الحر والتنويم المغناطيسي الخ .

٣ ـ عملية الاستبصار :

ما أن تصبح صراعات المريض الانفعالية مكشوفة في العلن ويستطيع أن يراها كما هي بالفعل فإنه تلقائياً يكتشف قدراً كبيراً من الفهم في دوافعه وسلوكه ، فلأول وهلة يدرك مثلاً أن مستوى طموحه عال علواً غير منطقي his level of as piration وأن هذا يجعله يشعر دائماً بعدم المواءمة وبالنقص . هذا الفهم أو الاستبصار ربما يصاحبه تفسيرات interpretations من قبل المعالج وتقديم لبعض الأسس الصالحة للعمل الفعلي . إنه فقط عن طريق فهم المريض لذاته ولمشاكله يستطيع أن يحسن من أساليبه في التكيف .

٤ ـ إعادة التعليم الانفعالي :

من العمليات التي تساعد في شفاء المريض إعادة تعلمه انفعالياً

Emotional-re-education. وتقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض ، وتعليمه عادات أخرى إيجابية ، واعتناق أساليب وتقنيات جديدة للتعامل مع مشاكله ، ولكن إعادة التعلم عملية طويلة وشاقة وبطيئة ، وقد تبدأ بتعلم عادات بسيطة كتعلم الفرد التعبير عن عداوته أو عدوانه بأسلوب مقبول اجتماعياً وذلك أفضل من حبس العدوان في الداخل ، لأن الضغط يولد الانفجار ومن شأن هذا التعلم الجديد أن يؤدي إلى مزيد من الشعور بالثقة بالنفس .

٥ - توقف العلاج :

عندما يحل المريض صراعاته ويحقق مزيداً من التكيف الشخصي الفعال عندئذ يصبح على العلاج النفسي أن يتوقف ويصبح هذا التوقف سهلاً إذا كان المريض يشعر بالثقة بنفسه ، وأنه يستطيع أن يسير بمفرده ، ولكن المهم أن يترك الباب مفتوحاً للمريض لكي يعود للمعالج متى يشاء .

وهكذا نرى أن عملية العلاج مهما اختلفت اتجاهاتها تتضمن خلق موقف علاجي ، وإتاحة الفرصة لاخراج الطاقات الانفعالية وإطلاقها واستبصار المواد الغير مكتشفة في لا شعور الفرد ، واتخاذ خطوات إيجابية للاصلاح الانفعالي ولكسر العادات القديمة ووضع محلها أنماط إيجابية من الاستجابات .

ويمكن أن يحدث هذا التفريغ أو التصريف الانفعالي وكذلك الخبرات التصحيحية أو التعليمية خلال المقابلات أو على الأريكة بين المحلل والمريض أو بمساعدة التنويم المغناطيسي Hypnosis وقد يحضر المريض جلسة واحدة مدتها ساعة في اليوم لمدة خمسة أيام في الأسبوع كما يحدث في التحليل النفسي أو يحضر مرة واحدة كما هو الحال في العلاج الكهربائي وفي بعض الحالات يكون الشفاء صعباً ولذلك يتم ببطء شديد ويحتاج لجهد جهيد ، ولذلك يمر بخطوات صغيرة ، وفي حالات أخرى يتم التقدم نحو الشفاء بسرعة معقولة[1] .

---

(١) Coleman, J.C., Abnormal Psychology and Modern Life, Scott, Forseman and Co., Chicago, 1965, pp. 543.

الفصل الثاني

أساليب الوقاية من الأمراض العقلية والنفسية

إن مشكلة الصحة العقلية هي في جوهرها مشكلة إجتماعية أو شعبية عامة ، فالوضع المثالي أن يوفر المجتمع ظروفا طيبة وصحية للحياة أفضل من الإنشغال والانغماس في مشكلة الأمراض ذاتها .

من الواضح أنه من الأفضل أن نستأصل الباعوض عن أن نعمل على علاج الملاريا التي تنتج عنه ، ومن الأفضل أن نحافظ على نظافة وسلامة مصادر المياه والألبان عن أن نهتم بعلاج الحمى التفوئيدية الناتجة عن تلوث هذه المواد وبالمثل فمن الأفضل أن نوفر الظروف الملائمة للنمو الانفعالي السوي السليم عن الاهتمام بعلاج العصاب النفسي Neurosis .

العمل المناسب .

من وسائل الوقاية هذه ضرورة توفير فرص العمل المناسب للفرد المناسب فالإستغراق في عمل مفيد يجعل الفرد متصلا بعالم الحقيقة ويغرس فيه الشعور باحترام الذات على إعتبار أن هذا العمل يعتبره الفرد عملاً محترما وكريما وأن يقبل العمل وأن يتفق مع قدراته وميوله[١] .

ويقال إن سنوات الضغط الاقتصادي العالمي في الثلاثينات أدت إلـى

(١) علم النفس والانتاج ، للمؤلف ، مؤسسة شباب الجامعة بالاسكندرية .

إنخفاض الروح المعنوية نتيجة للتعطل والبطالة ، وكان العاطل يعيش على ما تتصدق به الحكومة عليه .

ولكن الخبرة تعلمنا أن للعمل مشاعر باللذة والراحة ، لأن الفرد بدون عمل يشعر بالتفكك والتحلل .إن حق العمل حق اساسي وضروري من الحقوق الإنسانية كأي حق آخر في تحقيق تكامل الفرد . إنه فرصة للحياة الحية ، ويؤدي إلى الشعور بالرضا والسعادة ، وهو أساسي أيضا في الشعور باحترام الذات Self esteem .

ممارسة الهوايات .

وهناك كثير من الناس الذين يجدون السعادة والرضا عن طريق ممارسة الهوايات كهواية جمع الطوابع أو النقود أو الأشغال اليدوية أو البساتين . هذه المشاريع تعطي الشعور بأن الفرد خلاق أو مبدع أو مبتكر . وذلك لأنها نابعة ومنظمة ذاتياً . ولعل هذا يفسر ما يوجد في مستشفيات الأمراض النفسية من أقسام للعلاج عن طريق العمل Work Therapy .

المشاركة الاجتماعية .

لا شك أن الانسان ، كما قال أرسطو قديما ، حيوان إجتماعي Social animal ، ولذلك فهو يعاني عندما يعزل بعيدا عن زملائه ، ولا شك أيضاً أن ظروف الحياة الحديثة تضطر كثيراً من الناس للشعور بالوحدة Ioneliness . وكلما زادت تنقلات الناس من مكان إلى آخر فإنهم يفقدون أواصر الإتصال مع الأقارب والأصدقاء . وسكان المناطق الحديثة في الوقت الحاضر قلما يعرف الفرد اسم جاره الذي يسكن على بعد امتار من مسكنه هو ، وأطفال اليوم يجدون صعوبة حتما في إيجاد زملاء للعب معهم .

إن دعوات الإصلاح الإجتماعي لا ينبغي أن تقدم للناس على انها مبتكرات جديدة ، وإنما كمجرد عودة إلى التدابير الاجتماعية السابقة وعلى ذلك تأخذ مدرسة الحضانة دور الاسرة الكبيرة الحجم القديمة ، ولتحقيق الترابط بين

أطفال الجيرة الواحدة والمراكز الاجتماعية وتأخذ دور حلقات الرقص التي كانت تدور بين أبناء الجيران مثل هذه البدائل لا ينبغي توفرها للاطفال وحسب وإنما لأبناء كل عمر من أبناء المجتمع المعاصر . لأن الحياة المعاصرة تخلق كثيراً من المتاعب للشيوخ وكبار السن أيضاً .

ومن الأدلة على أهمية الجماعات في حياة الفرد دورها مع مدمني الخمور[١] . إن مشكلة إدمان الخمور alcoholism من أعراض سوء التكيف التي يصعب علاجها عن طريق أساليب العلاج النفسي العادية . وإنما يساعد في علاجها إنشاء الأندية المتخصصة للمدمنين السابقين exalcoholics ويطلق عليها اسم alcoholics anonymous حيث يساعد كل عضو غيره في التغلب على إغراء الخمر . ومن بين عوامل نجاح مثل هذه الأندية أنها تقدم تلك العلاقات الاجتماعية التي ما كان لها أن تتحقق إلا على حافة البارات أو حانات الخمور ، وعن طريق إيجاد التأييد والتعضيد للفرد من أولئك الذين واجهوا نفس المشكلة[٢] .

فهم الذات

إلى أي مدى يؤدي فهم الفرد لذاته إلى تحسن حالته الصحية ؟

لا شك أن الإجابة على هذا السؤال صعبة ذلك لأن كثرة انشغال الفرد بمشاكله واجترارها قد يكون أسوأ من احتمال هذه المشاكل والانصراف نحو مشاغل الحياة . ولكن يوجد بعض المبادىء المفيدة ، من ذلك أن الفرد ينبغي أن يتعلم أن يقبل مشاعره كشيء طبيعي وسوي .

إن الرغبة في مواجهة المواقف بصورة غير انفعالية تقود إلى نوع زائف من

---

(١) علم النفس في الحياة المعاصرة المؤلف دار المعارف بمصر .
(٢) Hilgard, E.R., op. cit. p. 548.

التحرر ، ورباطة الجأش ذات النتائج المدمرة أو الهدامة ، ويبدأ الفرد في الشك في انفعالات الناس ، ويفقد القدرة على قبول أفراح الناس وأحزانهم كأمور صادقة . وفي كثير من المواقف التي تثير الانفعال يكون الانفعال المضطرب نتيجة لاعتقاد الفرد أنه لم يف بتوقعات الناس ، وأنه يفشل دون الوصول إلى مثله العليا . في الواقع هناك كثير من المواقف التي يستطيع أن يقبل فيها الفرد الانفعالات الغير سارة كشيء طبيعي وسوي ولا يشعر بالدونية والنقص .

ليس من الضروري أن يشعر الفرد بالخجل من الشعور بالحنين للعودة للوطن homesick أو من الخوف من الفشل في ركوب الحصان ، أو من الشعور بالغضب تجاه شخص سبب لنا خيبة الأمل . هذه الانفعالات طبيعية وتسمح بها المدنية الحديثة ، والتعبير عنها أفضل من إنكارها .

إن القلق حول إنفعالات الفرد يقود إلى الوقوع في دائرة مفرغة فتصبح مثلا خائفاً من الخوف أو قلقاً خوفاً من أن يعتريك القلق .

وفي ذلك مبالغة في الشعور بالخوف ، وخاصة إذا كان خوفاً بسيطاً من الأفضل أن نقبل دوافعنا على أنها أمور طبيعية . كذلك يستطيع أن يتعلم الفرد أن الظروف إذا صدته ومنعته من التعبير الإنفعالي الحر عليه أن يبحث عن مخرج أو منفذ يمكن السماح به permissible outlets أي يستخدم فكرة التعويض[١] .

إن الحياة المدنية تضع قيوداً على التعبير الانفعالي الحر فلا يسمح للفرد أن يخبر رئيسه مثلاً أو أمه عن مشاعره ، بينما هو يقبل هذه المشاعر كأمور ضرورية لها مبرراتها ولكنه يمسك عن التعبير المباشر عنها ، وهذه المشاعر المكبوتة تصر على أن تبقى كتوترات الأمر الذي يجعل من الضروري إيجاد مخرج أو منفذ مباشر لها ـ من أمثلة ذلك التمارين العنيفة أو الضرب على جزع شجرة بفأس حادة كما

(١) راجع جميع العمليات العقلية اللاشعورية (الحيل الدفاعية في كتاب المؤلف علم النفس الاجتماعي) دار النهضة العربية . بيروت .

يفعل ذلك أفراد بعض المجتمعات البدائية عندما يكون على أحدهم أن يهشم رأس جاره فيستعيض عنها ويذهب إلى شجرة مجاورة ويعمل فيها فأسه ، بل إن مجرد قيام الفرد بالجري السريع لمسافة ما يخفض من إنفعاله .

في بعض الأحيان من المفيد أن يعترف الفرد بما يشعر به من إنفعالات إلى شخص متعاطف ، ولكن غير متورط في المشكلة أو الأزمة أو الموقف . إذا قبل الفرد حقه في أن ينفعل فإنه قد يعبر عنها بطرق غير مباشرة وبديلة إذا كانت القنوات الأخرى مغلقة[1] .

من المبادىء المفيدة أيضاً للحفاظ على الصحة النفسية ضرورة اكتشاف الفرد المناسبات أو المواقف التي تثير عنده ردود الفعل الانفعالية الزائدة ، ومن ثم يتعلم كيفية حماية نفسه ضدها . ويجد بعض الأفراد أنفسهم يثارون أكثر من غيرهم في أنواع معينة من المواقف وعن طريق حصر هذه المواقف ومعرفتها يستطيع أن يعلم الفرد نفسه أن ينظر إلى هذه المواقف نظرة جديدة بحيث لا تعد تسبب عنده ذلك الانفعال الغير لائق . إن إحساسنا ببعض وجوه النقص يجعلنا حساسين بغير حق للنقد ، وهنا يحدث نوع من الاسقاط projection إذا كان عملي صعباً لدرجة يجعلني أضطر للعودة للمكتب في الليل ربما شعرت أنني أهمل زوجتي وأسرتي ، وإذا حدث واشتكت زوجتي من ذلك كثيراً فربما أغضب لأنها تتهمني بالاهمال ، وعندئذ أصر على أن أسرتي تضع فوق عاتقي أعباء مالية لا تحتمل . أما إذا كنت أستطيع أن أدرك الهدف من ملاحظات زوجتي أي أنها تعبير عن التعاطف معي لأنني مشغول أكثر من اللازم ، عندئذ فإنني لا أشعر بالغضب نحوها .

ولكن لهذه الأساليب من المساعدة الذاتية حدوداً ، فالشخص المغمور بالمشاكل لا يستطيع أن يحل تلك المشاكل الشخصية الراسخة المتأصلة دون أن

---

(١) لمعرفة طبيعة الانفعالات ومثيراتها وآثارها ، راجع كتاب المؤلف علم النفس الفسيولوجي ، دار النهضة العربية ـ بيروت .

يتلقى المساعدة ، ولذلك عليه أن يبادر بزيارة الطبيب النفسي المتخصص . إن الآليات العقلية خادعة ولا شعورية لدرجة تجعل حل مشاكلها مسألة صعبة على الفرد . وهنا ينبغي أن نؤكد حقيقة هامة وهي أن الاستعداد أو الارادة نحو البحث عن المساعدة إنما هي علامة على النضج الانفعالي وليس على الضعف كما يظن البعض ولا ينبغي أن ينظر الناس للمعالج النفسي كملجأ أخير لا يذهبون إليه إلا بعد استنفاد كافة الوسائل الأخرى ، بل ينبغي المبادرة إلى استشارته بمجرد الشعور بالأزمة النفسية ، بالضبط كما نفعل مع الصحة الجسمية ، فنحن لا ننتظر على أسناننا حتى تسقط ثم نذهب إلى طبيب الأسنان .

في ضوء الحضارة الحديثة ينبغي أن يصبح الحصول على مساعدة السيكولوجي عملاً مقبولاً ومرغوباً كالحصول على مساعدة طبيب الأسنان . إن وجود اضطرابات انفعالية أو شخصية لا يقل عن وجود تلف في الأسنان(١) .

الوقاية من الضعف العقلي : *Mental Defficiency*

يحقق علاج الضعف العقلي نجاحاً محدوداً على الرغم من أن نتائج العلاج مشجعة في بعض الحالات . ولقد أدت الجراحات العصبية إلى بعض النجاح في حالات الصدمات الدماغية head-Traumu وهناك آمال في الطرق الجديدة لعلاج الضعف العقلي hydro Cepholy الناتج من تراكم سائل في الجمجمة يؤدي إلى كبر حجم الرأس وضعف نمو المخ .

ولكن على كل حال التشخيص والعلاج المبكرين في جميع الحالات لهما فائدة كبيرة في حصول العلاج إلى أقصى درجات النجاح .

في الحالات الطويلة من الضعف العقلي أدى إستخدام حامض الجلومين إلى تحسن عام في شخصية الطفل ، حيث يصبح الطفل أكثر يقظة وإنتباهاً وكفاءة ، ويرتفع مستواه العقلي ، ولكن عندما يتوقف تعاطي هذا العلاج فإن

---

(١) Hilgard, E.R., op. cit., p. 459.

هؤلاء الأطفال يعودون إلى حالتهم الأولى .

لا شك أن الطفل ضعيف العقل يمثل مشكلة إجتماعية وأسرية وإقتصادية وتربوية وقانونية ونفسية وطبية ، ولذلك تؤثر في تحسنه أو سوء حالته لكل المؤسسات الإجتماعية[1] . وتصبح المأساة أكثر خطورة مع الأطفال الذين هم على حافة الضعف العقلي ، والذين يمتلكون قدراً من الذكاء يسمح لهم بالتكيف إذا تلقوا التدريب الكافي . وينطبق ذلك على الحالات الحدية border-line cases والطفل المأفون moron child وهو الذي تتراوح نسبة ذكائه ما بين ٥٠ ـ ٧٠ .

إن الآباء الذين يشعرون بخيبة الأمل في طفلهم يشعرون بالذنب لمسئوليتهم المتوهمة عن حالة الطفل ، ربما يغالون في مطالبهم من هذا الطفل ويكلفونه بأداء أعمال تفوق قدراته ، ولذلك يفشل فينبذونه ، ويتقبلون أخواته الأكثر حظاً منه هذا الشعور بالنبذ والحرمان من العطف يقود الطفل إلى السلوك المضاد للمجتمع ، وإلى الشعور بعدم الفائدة ، وما كان لمثل هذا الشعور أن ينمو لو أن الطفل يتمتع بالقبول كما هو بمستواه العقلي الفعلي ، وإذا ساعدوه في التعبير عن ذاته عن طريق التدريب على القيام ببعض الأعمال اليدوية .

ومن ناحية أخرى الآباء الذين يبالغون في حماية الطفل overprotective parents يحرمون الطفل من أي موقف تحدي ويضرون الطفل بعدم السماح بنمو أي قدرة يمتلكها ، ويجعلونه يعتمد عليهم أكثر من اللازم ويصبح عاجزاً عن التعبير عن أي نوع من أنواع التلقائية والإبداع .

المؤسسات الإجتماعية والطبية والنفسية والتربوية تسعى لمساعدة الآباء لقبول قصور أولادهم ، هذا القبول هو أساس أي معالجة قادمة .

ولقد إنتبهت المدارس حديثاً إلى هؤلاء الأطفال ، وأنشئت فصولاً لا

---

(١) Coleman, K.C., Abnormal Psychology, and Modern Life, 2nd Ed. Scott, Foresman and Co. Chicago 1956.

تخضع للمستويات الأكاديمية ungraded classes للسماح للأطفال العاجزين جسمياً وعقلياً بالنمو ، وهناك معلمون متخصصون في تعليم ضعاف العقول ، يستخدمون طرقاً خاصة ومواد خاصة لتعليمهم ، ولقد نجحوا في تعليم الأطفال الإستفادة من قدراتهم ، وإستغلالها ، والكفاية الذاتية وبعض المهن البسيطة ، ومن شأن هذا أن يشعرهم بالثقة بالنفس وبأنهم أصبحوا أعضاء منتجين في المجتمع مع شعورهم بالإنتماء .

وفي كثير من المجتمعات يوجد مراكز للتوجيه التي تقدم الخدمة لضعاف العقول حيث تقدم لهم المعلومات عن المهن وعن التدريب وتوفر لهم فرص التوظف في المصانع . ولقد تبين أن ضعيف العقل أكثر نجاحاً في الأعمال الروتينية عن الشخص السوي ، وخاصة عندما يكون العمل تكرارياً وبسيطاً ولا يوجد حاجة إلى كثير من إصدار القرارات أو الأحكام ، وحيث لا يتطلب الأمر إتخاذ مواقف[1] مبادأة أو إعادة تكيف أو تلاؤم المواقف الجديدة .

إن الشخص السوي سرعان ما يشعر بالملل وعدم الرضا عن الأعمال الرتيبة (Monotony) .

ويحتاج ضعيف العقل إلى كثير من المتابعة لمساعدته في إعادة التكيف بين الحين والآخر حيث يحتاج هؤلاء إلى مساعدة وتعضيد مستمرين . ولقد تبين أن فشل هؤلاء في أعمالهم لا يرجع إلى حالتهم الذهنية وإنما إلى سوء التكيف الإنفعالي Emotional maladjustment .

إن ضعيف العقل ، بسبب حساسيته لضعفه ، يحتاج إلى إشراف دقيق مصحوب بالعطف والشفقة والود والصداقة .

ولقد تبين أن للعلاج النفسي الفردي والجماعي فائدة كبيرة في نمو شعور

---

(١) لمعرفة علاقة الذكاء بالمهن راجع كتاب المؤلف « علم النفس والإنتاج » ، مؤسسة شباب الجامعة بالاسكندرية .

هؤلاء الأطفال بالتلاؤم والثقة بالنفس وفي تنمية قدرتهم على حل مشاكلهم اليومية .

لا ينصح بالاقامة في المؤسسات institutionalization ما دام في الإمكان تحقيق نوع من التكيف للطفل في المنزل أو في أي مدرسة للتدريب ، إن الإقامة في المؤسسة خبرة تؤلم الطفل وتصدمه ، وهناك بيوت تتبنى ضعاف العقول وترعاهم ، ويحتاج ذلك إلى رعاية خاصة والمام بحاجات ضعيف العقل وظروفه النفسية .

هذا فيما يختص برعاية ضعاف العقول وعلاجهم ، ولكن كيف السبيل إلى منع حدوث هذه المأساة من أولها بمعنى كيف يمكن الوقاية عن الإصابة بالضعف العقلي ؟

لا شك أن للوراثة أو للعوامل الوراثية أثراً كبيراً في حدوث الضعف العقلي hereditary factors . وهناك كثير من الولايات states الأمريكية التي تسن تشريعات تقضي بتعقيم sterilization ضعاف العقول .

ولكن دراسة أسباب الضعف العقلي تجعل تطبيق مبدأ التعقيم بصورة مطلقة على كل ضعاف العقول مسألة غير عادلة . هناك دراسات حديثة تقلل من نسبة مسئولية عامل الوراثة في حدوث الضعف العقلي .

وحتى في الحالات التي يتبين فيها أن الضعف العقلي في الطفل يرجع إلى الوراثة حسبما يقرره قانون مندل mendelian law فإن الضعف العقلي ينتج من ناقلة نافرة للوراثة recessive gene في كل أو في أحد الآباء الذين هم أصلاً أصحاب مستوى معقول من الذكاء أو الذين لن يخضعوا بالطبع لعملية التعقيم .

ولذلك فإنه لا يمكن وضع خطة علمية لتحسين الوراثة إلا إذا عرفنا علمياً جميع العوامل الوراثية وغير الوراثية .

ولا بد من معرفة أثر العوامل البعد ولادية ، وأثر البيئة التالية للولادة pastnatal على كل من الطفل والأم[1] وذلك لمعرفة أثر عامل الوراثة .

إن أهم الأسباب التي تدعو لتعقيم ضعاف العقول هي تقليل عدد الأطفال الأحداث ومرتكبي الجرائم الجنسية لأن هناك كثيراً من حالات الحمل بين البنات ضعيفات العقل اللآتي لا تستطعن رؤية نتائج عملهن ونشاطهن الجنسي وبالتالي فإن أطفال هؤلاء ليس لديهم أي فرصة للنمو والصحي أو التكيف الصحيح لأن بيوتهم غير آمنة وليست ملائمة . ويصبح هؤلاء الأطفال معوقين عقلياً وإنفعالياً ، وغير ثابتين ويصبحون من الأحداث الجناح ، ولا توجد فرص أمامهم للتكيف النفسي أو الاقتصادي .

إن أهم الإتجاهات الحديثة المشجعة في الوقاية من الإصابة بالضعف العقلي هي الاجراءات الاحتياطية والصحية وتقديم المعالجات للأم أثناء الحمل pregnancy وفي أثناء الولادة parturition ، وفي خلال السنوات الأولى من حياة الطفل[1] .

يجب حماية صحة الأم المنتظرة الجسمية والعقلية ، ويجب أن تتكون وجباتها الغذائية بعناية ضد إحتمالات الضعف العقلي ، وينبغي حمايتها من الصدمات الانفعالية التي تعوق سير النمو الفسيولوجي الطبيعي . ويجب إتخاذ الإجراءات الاحتياطية لعدم حدوث صدمات للطفل أثناء الولادة مع توجيه الاهتمام السريع عند ظهور أي مرض ، وبهذه الطريقة يمكن الوقاية من حدوث كثير من حالات الضعف العقلي .

اشباع حاجات الفرد :

لقد تقدم علم الطب النفسي وأصبح فرعاً ثابتاً ومعقداً من فروع

---

(١) راجع الصحة النفسية للمرأة العربية الحامل للمؤلف ، الهيئة العامة للكتاب (تحت الطبع) .

(١) Coleman, J.C., op. cit., 509.

المعرفة ، ولذلك أصبح ينحو نحو الطب في الاهتمام بوسائل وأساليب الوقاية prevention كما يتهم بالتشخيص وبفهم الحالات المرضية وبعلاجها ، كما إخترع علم الطب بعض الأمصال واللقاحات Vaceines ضد أمراض الجدري والدفتريا وغيرها بالمثل إبتكر الطب النفسي بعض الوسائل ، ووضع بعض المبادىء التي تقي من الاصابة بالأمراض النفسية . والمعروف أن هناك وسائل إجتماعية تقي من السلوك الشاذ والمنحرف ، من ذلك أن توفير المساكن الصحية والملاعب والأفنية ، بدلا من الأحياء القذرة ، يؤدي إلى إنخفاض نسبة جنوح الأحداث وجرائمهم .

ولكن لسوء الحظ تنقصنا المعرفة الكاملة والكافية عن علل الذهان الوظيفي وبعض الاضطرابات العقلية الأخرى الأمر الذي لا يجعلنا متأكدين كل التأكيد في وضع وسائل الوقاية ولكن على كل حال لا شك أن الوقاية خير من عدمها على الاطلاق تلك الوقاية التي تعني توفير ظروف مواتية ونشطة وتؤدي إلى النمو الصحي وتشمل الظروف النفسية والاجتماعية والحيوية .

ومن أهم المبادىء التي تتخذ في برامج الوقاية مبدأ إشباع حاجات الفرد النفسية والاجتماعية والاقتصادية بحيث تؤدي إلى تكامل الذات ، وإلى تحقيقها وإشباع الحاجات يخلق المناخ الملائم للتكيف الفسيولوجي والاجتماعي والمهني والنفسي . إن التكيف في هذه الحالات يضمن الصحة النفسية .

العناية بالصحة الجسمية :

وبالنسبة للأساليب الحيوية biological للوقاية تتضمن الاهتمام بالصحة الجسمية للفرد والتعامل مع العوامل الوراثية ، وتوفير بيئة أبوية ملائمة لتوفير التربية الصحية للطفل منذ البداية .

لا شك أن المحافظة على الصحة العامة تساعد في مقاومة الفرد على تحمل شتى أنواع الضغوط ، فوسائل الوقاية الصحية العامة تفيد في الوقاية من

الأمراض الجسمية والنفسية وبالاضافة إلى ذلك فإن إكتشاف الأورام المخية إكتشافاً مبكراً وكذلك الزهري syphilis وغيره من الأمراض العضوية المرتبطة بالأمراض العقلية عامل هام في ضبط هذه الأمراض وعلاجها .

إن الشلل paresis مسئول عن دخول نسبة ١,٨٪ من مجموع نزلاء المستشفيات العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية . ويحتاج الأمر إلى إجراء الفحوص الدورية الطبية لاكتشاف الأمراض الجسمية المتصلة بالأمراض العقلية كالزهري وغيره . ولذلك ينبغي أن يكون هناك تعاوناً كاملاً بين المؤسسات الطبية ومؤسسات العلاج النفسي لعلاج الحالات أولا بأول فور إكتشافها .

وسائل تحسين الوراثة : ***Eugenic Measures***

تتضمن هذه الوسائل إجراءات تحسين الوراثة ، والنمو الصحيح للجنين Embryonic والولادة السوية والسليمة ، وبإختصار توفير البيئة القبل ولادية السليمة prenatal ويتطلب تحسين الوراثة التحكم في الزواج ، وعمليات التعقيم وتحديد النسل والاجهاض وما إلى ذلك من الوسائل التي تمنع ميلاد أطفال أصحاب وراثات معتلة ، لقد أصدرت بعض المجتمعات تشريعات تقضي بتعقيم ضعاف العقول ، وهناك كثير من المجتمعات التي ترغب في إمتداد مثل هذا التشريع إلى الشخصيات المنحرفة والمضادة للمجتمع والشخصيات الفصامية وغيرهم من المرضى .

ومن الأهمية أن نؤكد عامل الوراثة من أجل البداية الجيدة في الحياة ، ومن أجل مستقبل الجنس وهناك فوائد في التربية الانتقائية أو على القليل في ممارسة الضبط على أولئك الذين[1] يمدون المجتمع بأطفال ، فعلى سبيل المثال وجد أن الفئات الصحية نفسياً وعقلياً لا تنجب أطفالاً بنفس القدر الذي تنجب به الفئات ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتدني . لقد وجد أن خريجي

---

(١) هذه الفكرة نادى بها أفلاطون في جمهوريته حيث طالب بعدم السماح للضعاف عقلياً وجسدياً بالزواج وبإعدام المرضى الذين لا يشفون والشيوخ الزائدين عن حاجة المجتمع .

الجامعات الأمريكية لم ينجبوا أطفالاً إلا بنسبة ١,٧ للأسرة أي لكل من الزوج والزوجة ، ومعنى ذلك أن المجتمع المنتقي أفراده عقلياً وجسمياً لا ينتج من يحل محله .

ولكن دور الوراثة في الفصام والإنحرافات المضادة للمجتمع وفي العصاب دور غير واضح علمياً مما يجعل إتخاذ الاجراءات العضوية مسألة غير عادلة ، اللهم في بعض الأسر التي ترتبط شجرة الأسرة كلها بالمرض النفسي ، والأكثر إحتمالاً أن الآباء المضطربين ينقلون إضطرابهم لأطفالهم خلال التعليم والاحتكاك والمثال والقدوة ، أكثر من إنتقالها عبر القنوات العضوية .

لا شك أن للتدريب على تجنب الحوادث وعلى التمتع بالنمو الصحي في المرحلة الجنينية له أهمية في الصحة النفسية ، وكما يلاحظ القارىء ما زال هذا المجال في حاجة ماسة إلى مزيد من البحوث والدراسات التي تمكننا من توفير البيئة الجنينية الصالحة .

الوسائل النفسية في الوقاية :

تستهدف هذه الوسائل تنمية شخصية قوية متكيفة إجتماعياً ومتكاملة . وللمراحل الأولى من حياة الفرد أهمية كبيرة في تمتعه بالصحة فيما بعد .

وعلى الرغم من أهمية مرحلة الطفولة في مستقبل حياة الفرد إلا أننا لا ينبغي أن ننكر الصعوبات التي قد تنشأ في أي مرحلة من مراحل العمر . فالمعروف أن حاجاتنا ومشاكلنا تتغير بمرورنا في مراحل الحياة المختلفة ، فلكل عمر حاجاته ومطالب تكيفه الخاصة ، وعلى ذلك فوسائل الوقاية النفسية ينبغي أن تشمل كل مراحل حياة الفرد ، أن تساعد الأفراد في كل مراحل حياتهم . والمعروف أن ما يقدم من رعاية في مرحلة معينة يفيد في المراحل اللاحقة[1] .

---

(١) الوقوف على مراحل النمو وخصائص كل مرحلة راجع كتاب المؤلف ، « دراسات سيكولوجية » ، منشأة المعارف بالاسكندرية .

من وسائل الوقاية ضرورة إكتشاف المرض وعلاجه فور ظهوره ، ولذلك نرى أن هناك كثيراً من المؤسسات المتخصصة لرعاية فئات مختلفة من الأفراد ، فهناك عيادات توجيه الأطفال وهناك عيادات الإرشاد للأمهات ، كما يوجد مراكز للتوجيه المهني ، وجماعات تضم المعلمين والآباء ، ومراكز لرعاية الشباب ، ومشاريع لتنظيم نشاط كبار السن ، وغير ذلك من التخصصات .

حاجات الطفولة :

لقد تغيرت مفاهيم تربية الطفل child- reering في السنوات الأخيرة ، كما تغيرت النظرة إلى حاجات الأطفال ، وأصبح من الضروري توفير الأشياء الآتية لتحقيق النمو السليم للطفل :

١ ـ أمومة سليمة أثناء فترة الرضاعة والطفولة .

٢ ـ تنظيم أسلوب التغذية حسب حاجة كل طفل .

٣ ـ إعطاء الحرية لكي ينمو كل طفل حسب نمطه الخاص في النمو وحاجاته الخاصة ، ويقضي ذلك إعطاء تعليمات عامة للطفل فيما يختص بالعادات السلوكية كعادات الإخراج والطعام ، والعادات الإجتماعية تعطى بطريقة ودية وذلك عندما يصبح الطفل مستعداً لها وليس قبل نضجه الكافي .

٤ ـ نظام تأديبي ثابت من قبل الأبوين ، وغرس القيم الملائمة وقيم الحقيقة في الطفل وكذلك المعايير الخلقية ، وتوفير النموذج الخلقي الطيب ، ولكن دون فرض قيود غير ضرورية .

٥ ـ توفير جو من الحب يشعر فيه الطفل بالإحترام كفرد ، مع إشعاره بأنه عضو له أهميته في الجماعة .

يرجع كثير من الإضطرابات السلوكية إلى وجود علاقة خاطئة بين الطفل ووالده ، ولذلك ينبغي أن يركز أساليب الوقاية على تعليم الآباء بحيث يلم الآباء بحاجات الطفولة وبأنماط النمو . ولكن هذه مجرد خطوة أولى ذلك لأن

الآباء لهم حاجاتهم الخاصة وقصورهم الخاص . وفي كثير من العلاقات الخاطئة لا يرجع السبب إلى جهل الآباء بمبادىء توجيه الطفل ، وإنما يرجع إلى شعور الآباء بعدم الأمان وبالتوتر ، وبالإعتماد على الغير وشعورهم بالعدوان وما إلى ذلك . وعلى ذلك فإن إرشاد الآباء ينبغي أن يتضمن مشاكل كل من الآباء والأبناء معاً .

عندما يصل الطفل إلى سن المدرسة تصبح وسائله الأولى في التكيف في الأسرة غير صالحة لتكيفه خارج دائرة الأسرة ، حيث يرغب في الإشتراك مع جماعة من الزملاء والأنداد ، ويحتاج إلى العضوية في جماعاتهم . ويصبح أكثر إهتماماً بهذه الجماعة وبمعاييرها وآرائها عن إهتمامه بالأسرة . ولكن الآباء لا يقبلون هذا الإتجاه بسهولة ويحاولون قمعه على حساب النمو السوي . خلال هذا النشاط يكتسب الطفل المهارات الإجتماعية ، والإستقلال الذاتي الضروري لمساهمته في مناشط الحياة المقبلة ، وفي خلال هذه السنوات المدرسية ينمو الضمير conscience نمو سريعاً حيث يتعلم الطفل كف دوافعه الجنسية والعدوانية ، ويعتنق المعايير السلوكية للجماعة التي تكون أكثر شدة من معايير الآباء والمعلمين السابقة .

وهنا قد يتعرض الطفل لكثير من المشكلات ، كالمرور بخبرات مؤلمة ، أو الحماية الزائدة من قبل الآباء قد تعوق نموه الذاتي وإستقلاله وتجعله يلتصق بأبويه بدلا من تكوين علاقات وثيقة مع أصدقائه . كذلك فإن رفض الآباء أو نبذهم parental rejection أو العجز الجسمي أو نقص المهارات الإجتماعية قد تقود الطفل إلى العزلة والإنسحاب والإنزواء وهكذا .

إن الصراعات الناتجة من مثل هذه الخبرات تؤدي إلى السلوك المضاد للمجتمع ، وغير ذلك من ردود الفعل غير المتكيفة ، والتي تعرقل تكيفه في المراحل المقبلة . ولذلك على الآباء دور هام في توفير ظروف النمو الصحي للشخصية وتهيئة الطفل لتقبل التغيرات التي ستطرأ عليه في مرحلة المراهقة .

التكيف في مرحلة المراهقة :

لا شك أن مرحلة المراهقة تحاط بكثير من الصعوبات التي ترجع إلى نقص الإعداد الكافي لمواجهة المشكلات التي تنشأ فيها ، ولعدم تقديم المجتمع لمجموعة من المعايير الواضحة والثابتة للسلوك في المراهقة كما أن المجتمع لا يعطي المراهقين دوراً إجتماعياً وإقتصادياً مهماً بحيث يستطيع أن يمتص طاقاتهم ، ويقود إلى الشعور بالمواءمة والقيمة الشخصية .

وإلى جانب ذلك فإن المراهق يقابل بعض المشاكل ، منها عدم القدرة على التعامل مع الدافع الجنسي ، وكيف يتعامل معه وكيف يجد طرقاً مقبولة إجتماعياً لتصريف عدوانه ، وكيف يعد نفسه لكي يصبح عضواً نافعاً في مجتمع الكبار ؟

هنا تبدأ علاقاته بمجتمع الكبار تتغير كما تتغير نظرته إلى المؤسسات الإجتماعية كالمسجد والكنيسة والمدرسة والأسرة والحكومة . يقوده هذا إلى كثير من الصراعات بينه وبين أسرته وبينه وبين نفسه .

غالباً ما يتضرر الآباء من ترك المراهق للمنزل أو من توجيه النقد لهم . كما يغضبون من إهتمام المراهق بجماعته وآرائها ومعاييرها الجديدة وبأذواقها ، والمراهق بدوره لديه رغبة كبيرة في الشعور بالإنتماء ، ولذلك يعتنق آراء جماعة العمر ، ويسعى للإنضمام إليها ، ويخشى أن يظهر أمامهم بأنه مختلف عنهم .

وفي وسط هذه الصعوبات يصبح المراهق أحوج ما يكون إلى حب الآباء وعطفهم ومساعدتهم له ، وفهمهم إياه ، بل وشرحهم له معنى حالته الراهنة .

وللمدرسة أهمية كبرى وينبغي أن تكون مسئولة لا عن النمو العقلي أو المعرفي وحسب بل ينبغي أن تكون مسئولة عن النمو الإنفعالي والإجتماعي والجسمي والخلقي والروحي للطالب . وتستطيع المدرسة الوفاء بهذه الرسالة الضخمة ، عن طريق عقد الدروس عن المشاكل في حياة الكبار الراشدين ، كمشاكل الصحة في المجتمع ، ومشاكل الزواج والطلاق ، والعلاقات

الزوجية ، والمشاكل الإقتصادية ومشاكل الجريمة والأحداث ، والمشاكل التربوية ، ومشاكل المواصلات والإسكان . . . الخ . كما تحاول أن توجه نزعة المراهق المثالية توجيهاً صحيحاً ، وأن تزيد وعيه الصحي عن طريق مناقشة مشاكل الصحة العقلية والإنفعالية ، وشرح وسائل الإعلام وطرق الإتصال الجماهيرية ، والأدب وصلته بالحياة .

وعلى المدرسة أن تنمي قدرات التلاميذ العقلية ، وإهتماماتهم وأن تساعدهم في تخطيط مستقبلهم الأكاديمي والمهني الذي يتناسب أحسن التناسب مع قدراتهم .

إن التكيف التربوي في المدرسة وفي الجامعة هو أساس التكيف المهني والإجتماعي في الحياة المقبلة . فالمدرسة يجب أن تعد تلاميذها للمعيشة في الحياة العصرية كمواطنين ناضجين إنفعالياً وإجتماعياً وبعض المدارس تدرس حياة الأسرة ، والنمو الشخصي ، ومشاكل المراهقة وطرق تكوين الصداقات ، وطرق تربية الأطفال الصغار ، والعلاقات الأسرية ، والتدبير المنزلي وما إلى ذلك .

قد ينتج عن الحياة المدرسية كثير من الصعاب ، من ذلك إعطاء مقررات صعبة جداً أو سهلة جداً ، أو لا تتفق مع إهتمامات الطلاب وقد تقود إلى شعور الطلاب بالفشل والإحباط ، ربما بسبب الطموح الزائد عند الإدارة المدرسية . ولا ينبغي أن يترك التلميذ لمشاعر الإحباط والغيرة والمنافسة . كما لا ينبغي مقارنته بالتلاميذ الأكثر نجاحاً منه ، لأن ذلك يقلل من شعوره بالثقة في نفسه ويؤدي إلى بخس قيمته الذاتية .

ينبغي الإشارة إلى أن المراهقة ليست فترة ضغوط وتوترات وثورات في كل الثقافات ، فحيث يجد المراهق دوراً محدداً ، وحيث يتمكن من الاسهام في حياة الجماعة الإجتماعية وحيث يصبح له مكانة أكيدة ، فإنه لا يعاني من تلك المخاوف والصراعات ، ومظاهر عدم الأمان التي يعاني منها المراهق في المجتمع

الحديث ، أو يضطر إلى أن يبذل كل هذا الجهد لكي يؤكد ذاته وقيمته بالقدر الذي نستطيع فيه أن نجعل المراهق يسهم في حياة الكبار ، وبالقدر الذي نحل به مشكلاتنا ، وبالقدر الذي نستطيع أن نقدم ضماناً إقتصادياً للمراهق بالقدر الذي نضمن له حياة هادئة مستقرة .

إن الحياة الحديثة تحيط المراهق بكثير من مظاهر المنافسة ، والصراع ، والسعي ، والقوة ، والمكانة ، والملكية . إن الشاب يريد مواقف تثير حماسه وتشبع طموحه ، يجب أن نثري حياة الشباب بالمناشط النافعة مع توفير العلاقات الإنسانية الدافئة .

التكيف المهني :

ما هي أهمية العمل بالنسبة للفرد؟ يخطىء من يظن أن للعمل أهمية إقتصادية وحسب ، إنما للعمل أهمية في شعور الفرد بالثقة في نفسه وبالتكامل وبالرضا عن نفسه ، وتبدو لنا أهمية العمل إذا عرفنا أن الوقت الذي يقضيه الفرد في مكان عمله يزيد عن الوقت الذي يقضيه في أي مكان آخر ، فالشخص قد يتحدث مع زملائه أو زبائنه في العمل أكثر مما يتحدث مع أفراد أسرته . أما القيمة الإقتصادية للعمل فكبيرة حيث يعتمد مستوى معيشة المجتمع على مقدار ما يعمله أفراده ، وبالنسبة للأفراد يمثل الدخل الكافي الأساس لإشباع الحاجات الضرورية في الحياة الكريمة . إن ظروف العمل المريحة الإنسانية تساعد على حفظ توازن الفرد الصحي ، وعلى شعوره بالإطمئنان والأمان وتحميه من القلق والضياع . وتنمي فيه الشعور بالثقة بالنفس وقبول الذات والكمال الذاتي والأمل في المستقبل . ويؤدي هذا إلى الحياة الأسرية السعيدة ويغذي هذا كله التكيف المهني .

وتقوم بعض المؤسسات بتقديم المساعدات النفسية لعمالها ، وتوفير الظروف الصحية داخل المؤسسة التي تؤدي إلى الشعور بالرضا ، وتهيئة العلاقة بين الإدارة والعمال ، وتحسين وسائل الإتصال بينهما . وتوفير الضمانات

الوظيفية وفرص الترقي والتقدم في العمل بما يتفق مع قدرات العامل . كذلك توفير علاقات عمل ودية بين العمال فيما بينهم ، وبين العمال والإدارة . ومساعدة العامل على أن يرى ذلك الجزء من العمل الذي يقوم به في ضوء الصورة الكلية للعمل في المؤسسة . كذلك معالجة الشكاوى والصدام معالجة حكيمة . وعلاوة على ذلك إجراء قياسات دقيقة لقدرات العمال وميولهم ، ومحاولة وضع الرجل المناسب في المكان المناسب .

الصحة العقلية والعلاقات الشخصية :

لكي يتمتع الفرد بالتكيف النفسي ينبغي أن يتعلم الفرد كيف يسلك سلوكاً ناجحاً مع الآخرين . للشعور بالكفاءة في التعامل مع الناس أهمية كبيرة لدى كل فرد ، والحصول على أصدقاء طيبين والانتماء إلى جماعة . بل إن النجاح المهني يعتمد على مهارات الفرد الاجتماعية وحسن تعامله مع غيره من الناس . وقد يحتاج الفرد لتغيير نفسه للنجاح في تحقيق هذا الهدف . كما أن المعلومات عن ذوق المعاملة وأصولها قد تفيد الأشخاص الأسوياء . وفي الغالب لا تجدي النصائح إذا كانت الشخصية تعاني من بعض الصراعات الداخلية ، ومشاعر العدوان تطفو حتى من خلال محاولة الفرد أن يظهر بمظهر الرقة والوداعة . المهم أن يكون الفرد اهتماماً أصيلاً في الناس الآخرين ، وأن يتمنى لهم مخلصاً السعادة ، وأن يشاركهم في آمالهم وآلامهم ، وفشلهم ونجاحهم وأن يأسف لسوء حظهم . وينبغي أن تبنى علاقة الفرد مع زوجته وأبنائه وأصدقائه وزملاء العمل على أساس الأمانة . لأن الغش ينتهي دائماً بفقدان الثقة المتبادلة والاحترام المتبادل . وينبغي أن نفهم أنفسنا بدلاً من لومها وإدانتها لأن فهم الذات أساس فهم الآخرين ، وينبغي أن نقبل ذواتنا لأن قبول الذات أساس قبول الغير .

التكيف في الزواج :

من بين مظاهر التكيف الأساسية في حياة الراشدين في الحياة الزوجية ويقوم التكيف في الزواج على أساس من الاشتراك في الخبرات وتكوين الروابط

العاطفية القوية . ويساعد هذا الأزواج في الشعور بالمواءمة والرغبة فيهم وأنهم مطلوبون ومقبولون اجتماعياً ويصبحون آمنين بدرجة لا يمكن الحصول عليها في أية علاقة إنسانية أخرى . ويجعل الأطفال الزواج المتكافىء أكثر قوة ووحدة وتماسكا كما يؤدي الإنجاب إلى شعور الآباء بالتكامل وتحقيق ذواتهم وسعادتهم ورضاهم وأمنهم في منتصف العمر وفي كبر السن .

ولكن لسوء الحظ نسبة كبيرة من الزيجات الحديثة تتم دون استعداد كامل وملائم وتؤدي إلى التعاسة والمرارة . وفي الولايات المتحدة الأمريكية هناك زيجة من كل ٣ زيجات تنتهي بالطلاق ، ويهز الطلاق الطرفين هزة عنيفة خاصة ذلك الطلاق الذي يحدث بعد مرور فترة طويلة على الزواج ، وتصبح الحياة صعبة بوجه خاص بالنسبة للزوجة ، فالزوج قد يستطيع أن يتزوج ثانية امرأة أصغر سناً ، أما الزوجة وخاصة إذا كانت قد تعدت سن ٣٥ سنة فإن نسبة احتمال زواجها تنخفض كثيراً ، ومن الصعب أن تتزوج زواجاً جديداً ناجحاً . ويقاسي الأولاد من خبرة الطلاق وتحطيم الشعور بالولاء وانعدام الأمان ، وعدم توفير المثال أو القدوة .

وهنا نتساءل عن العوامل التي تؤدي إلى فشل الزواج ؟ هناك عدد كبير من الدراسات التي أجريت في موضوع الزواج والتي أسفرت عن العوامل الآتية :

١ - عدم النضج الإنفعالي emotional immaturity لدى أحد الزوجين أو كلاهما مع وجود اتجاهات غير مواتية وفي الغالب مثالية ، عن الزواج ، وفهم ناقص عن مسئوليات الزواج وواجباته .

٢ - عدم التوافق بسبب وجود اختلافات في السن أو الذكاء أو الدين أو القيم .

٣ - عدم التكافؤ الجنسي أو الجسمي .

٤ ـ إنعدام الأهداف المشتركة فيما يتعلق بتربية الأطفال ، وإنفاق الأموال ، وقضاء وقت الفراغ . . . الخ .

٥ ـ عوامل بيئية غير مواتية كالإصطدام مع القانون ، أو انعدام الصحة أو ضعفها ، أو عدم كفاية الدخل .

٦ ـ اتجاهات خاطئة نحو الجنس وخاصة ما تعلمه الفرد عن أبويه .

٧ ـ المرور بحياة عائلية سيئة في الصغر كإنعدام التعاطف مما يجعل الفرد عاجزاً عن إعطاء أو تقبل الحب .

ومن استعراض هذه العوامل المسببة لانهيار التكيف في الزواج نستطيع أن نلمس العوامل التي تساعد على حسن التكيف ومنها ما يلي :

١ ـ توفير ظروف عائلية صحية وملائمة في الطفولة المبكرة ، بحيث تؤدي إلى النمو النفسي الصحي ، وتوفير النموذج أو المثال الطيب في المنزل .

٢ ـ إعداد كامل للزواج ، بمعنى معرفة واجباته ومسئولياته ووظائفه وغير ذلك من الحقائق المتعلقة بالزواج والأخلاقيات المتصلة به وحياة الأسرة .

٣ ـ الانتباه السيكولوجي المبكر لحالات الزواج المقبلة وتوفير ما يلزم من علاج لاضطرابات الشخصية للزوج أو الزوجة ، وقد يلزم عقد جلسات ومناقشات لتوضيح اتجاهات المقبلين على الزواج ، وكذلك الأزواج القدامى .

فلسفة الحياة :

لا شك أن الإنسان لا يعيش فقط على إشباع حاجاته الفيزيقية من مأكل ومشرب بل إن هناك شيئاً أعمق من هذا يؤدي إلى الإشباع والرضا . إن التقدم التكنولوجي لا يحل مشكلة الإنسان المعاصر ، بل إن هذا العصر قضى على القيم الاجتماعية القديمة ، ولم يضع قيماً لتحل محلها بحيث تؤدي إلى سعادة الإنسان .

هناك أناس كثيرون يعجزون عن إيجاد أي إيمان دائم يذهبون إلى الاعتقاد أن الحياة أصبحت منعزلة وتافهة وعديمة المعنى ، ولذلك يعتقدون أنهم يعيشون في عصر القلق ، بدون فلسفة عميقة للحياة الاجتماعية ، ويعجزون عن إقامة علاقات مباشرة بين مشاعرهم وبين بيئاتهم . وتمثل هذه الظروف خلفية للمرض العقلي ، ولذلك من الضروري أن يكون كل فرد لنفسه فلسفة متكيفة مع الحياة . وعلى الرغم أنه ينبغي أن يكون لكل فرد فلسفته الخاصة إلا أن المبادىء الآتية يؤدي الإيمان بها إلى تكوين نزعات فلسفية إيجابية عند كل الأفراد .

١ ـ الاعتقاد في أهمية وقيمة كل فرد .

٢ ـ الاعتقاد بأن التقدم الاجتماعي ممكن وجدير بالاهتمام .

٣ ـ الاعتقاد بقيمة الحقيقة التي نحاول أن نقربها بوسائل العلم الحديث ، وبقيمة هذه الحقيقة العلمية في التقدم الاجتماعي .

٤ ـ الإيمان بأن الديمقراطية تقدم أحسن الأجواء للوصول إلى الحقيقة ولتحقيق سعادة الفرد والجماعة[١] وتقدمها لأنها تحترم الفرد وتؤمن بقيمته .

٥ ـ الإيمان بتحمل الفرد لمسئولية التقدم الاجتماعي ومواصلة جهود الأجيال السابقة .

٦ ـ الاعتقاد بالجنس البشري كجزء وظيفي من العالم مع الإيمان بإمكانية التطور .

٧ ـ الإيمان بأن الحب الأخوي وغيره من القيم الدينية يتفق مع الديمقراطية الحديثة وينميها .

وعندما يفتقر المريض إلى فلسفة حياة ناضجة فإن المعالج النفسي يساعده لكي ينضج إنفعالياً ويضع لنفسه قيماً ومعايير ترشده في السلوك .

---

(١) لمعرفة المزيد من الأنظمة القيادية راجع كتاب المؤلف « علم النفس الاجتماعي » دار النهضة العربية ـ بيروت .

وسائل الوقاية في مراحل الحياة المتأخرة :

عندما يتقدم الفرد في الحياة تواجهه كثير من المشكلات ويصبح كبير السن كما كان طفلاً يعتمد على الآخرين اقتصادياً واجتماعياً وفيزيقياً . إن الأبناء يكبرون ويعيشون بعيداً عن آبائهم الذين يشعرون بالوحدة ، وبعدم الأمان ، وبعدم الرغبة فيهم ، وتضعف حياتهم الجنسية مما يزيد في شعورهم بالوحدة ، وعدم المواءمة . وبالنسبة للرجال تمثل الاحالة على المعاش عبئاً جديداً يضاف إلى ذلك فقدان أحد الطرفين الزوج أو الزوجة للآخر إلى جانب الضعف الجسدي والأمراض المزمنة والمتاعب النفسية الناتجة من تغيير مفهوم الذات بالتقدم في السن .

والمعروف أن عدد كبار السن يتزايد في العصر الحديث ففي سنة ١٨٠٠ كان الطفل الوليد يتوقع له أن يعيش ٣٥ سنة وفي سنة ١٩٠٠ أصبح يتوقع له أن يعيش ٤٥ عاماً وفي سنة ١٩٥٠ أصبح يتوقع له أن يعيش ٧٠ عاماً ، ولذلك ينبغي أن توجه العناية المهنية والصحية والاجتماعية لمشاكل هذا القطاع الكبير من أبناء المجتمع .

يضاف إلى ذلك ما يعرف بخراف الشيخوخة أو ذهان الشيخوخة ، والجدير بالذكر أن ذهان الشيخوخة يرجع للضغوط النفسية أكثر مما يرجع لتدهور المخ ويمكن أن يشفى فيه المريض إذا شعر بأنه مطلوب ومرغوب فيه .

إن كبار السن يحتاجون إلى الشعور بالرضاء وبالأمان والانتماء وبالمواءمة وبالحب والتعاطف وبالتقدير والاحترام وبأنهم يستطيعون أن يزاولوا أعمالهم .

الوسائل الاجتماعية في الوقاية من الأمراض النفسية :

لا شك أن مشاكل التكيف المهني والتكيف في الزواج هي مشاكل اجتماعية أيضاً ولذلك فإن الوقاية الصحية تتصل بدراسة المجتمعات . وكما تقول « مارجريت مد » إن هناك مجتمعات مريضة وهناك أمراض اجتماعية تقود

إلى سلوك الفرد سلوكاً شاذاً . ولذلك ينبغي أن تقوم الدراسات لمعرفة هذه الأمراض الاجتماعية وكيفية علاجها social pathology بحيث نضع أيدينا على الأسباب الاجتماعية للمرض العقلي .

هناك بعض الدراسات المتصلة بالبيئة Ecological studies التي استهدفت توزيع السلوك الشاذ حسب المناطق الجغرافية في المدن الكبرى ، وهناك توزيعات وإحصاءات أخرى للسلوك الشاذ حسب المعايير الاجتماعية والاقتصادية ومن بين نتائج هذه الدراسات البيئية أن الأشخاص المهاجرين للمعيشة في وسط جماعات تختلف سلالياً عنهم يوجد بين هؤلاء المهاجرين نسبة أكبر من الأمراض العقلية(1) . وكشفت بعض الدراسات الأخرى عن انخفاض نسبة الأمراض النفسية بانخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي . مثل هذه الدراسات وإن كانت لا تضع أيدينا على مصدر أو منبع العلل النفسية إلا أنها تشير إلى البقع الجغرافية التي تتركز فيها الأمراض العقلية ومن ثم يوجه النشاط الوقائي ويركز نحوها .

كذلك كشفت بعض الدراسات عن انتشار بعض الامراض المعينة بين أرباب الجماعات المختلفة داخل المجتمع الواحد فهناك جماعات يغلب على سلوكها العدوان واخرى يغلب على سلوكها الشعور بالاضطهاد وثالثه يغلب عليها الشعور بالشك والريبة .

كذلك أظهرت بعض الدراسات أن دخول أنماط ثقافية غريبة ، أو حدوث تغيرات ثقافية يؤدي إلى حدوث بعض الاضطرابات في الشخصية . فالظروف البيئية تدعم أو تعرقل من سلوك الفرد . كذلك فإن الروابط الجماعية تعمل دورها في صيانة الصحة النفسية ، كذلك تلعب معايير المجتمع ومثله وأعرافه وتقاليده دوراً هاماً في نمو الشخصية ، كما يرتبط امتثاله أو خروجه على هذه المعايير بالصحة النفسية .

---

(١) Coleman, J.C. op. cit., p. 601.

وفي هذا المجال ما زلنا في حاجة إلى بحث النقاط الآتية :

١ ـ إجراء دراسات اكلينيكية ـ اجتماعية مكثفة لأنماط المضطربين العقليين المختلفين ، مع دراسة أسرهم أيضاً . وتساعد مثل هذه الدراسات في ربط الديناميات الاجتماعية بالأمراض العقلية[١] .

٢ ـ دراسة تتبعية تتناول الفرد منذ الميلاد حتى آخر مراحل حياته .

٣ ـ دراسة الثقافات المختلفة معتمدة على المعطيات الشخصية والثقافية .

٤ ـ على أطباء الأطفال pediatricians أن يحصلوا على معلومات كاملة عن مرضاهم تشمل المعلومات الاجتماعية التي يمكن بعد ذلك تحليلها والاستفادة منها في البحوث الاجتماعية والنشاط الوقائي .

٥ ـ دراسة ردود الفعل الشخصية لأزمات الحياة وصعابها وتغيراتها مثل البطالة وموت الآباء والطلاق والكبر في السن والسجن والعجز والحرب الأهلية والعالمية والكوارث الطبيعية . . . الخ .

٦ ـ مزيد من الدراسات المعملية لآليات الشخصية Mechenisms مثل الاحباط والكبت والتقمص والاسقاط والتبرير والتعويض والازاحة والعكسية .

---

(١) Coleman, J.C., op. cit., p. 602.

الفصل الثالث

أساليب التشخيص الطبي والنفسي والاجتماعي

يقصد بالتشخيص معرفة كم المرض ، أي معرفة طبيعة المرض ومدى شدته وشموله أي تحديد المرض أو الاضطراب أو الخلل أو المشكلة ، أو مظاهر الشذوذ أو الانحراف عن طريق ما يظهره الفرد من أعراض ، أو عن طريق معرفة أصل الاضطراب ومنبعه ومجرى نموه . كذلك يقصد بالتشخيص diagnosis تصنيف الفرد على أساس سمات معينة[1] .

والتشخيص هو أول خطوة يقابلها المريض عندما يدخل أي مستشفى للأمراض العقلية أو يذهب إلى إحدى العيادات النفسية حيث تشخيص حالته ويهتم المسئولون بتحديد طبيعة مرضه تحديداً دقيقاً . ولا يقصد بذلك مجرد وضع « لافتة » على المريض يكتب عليها « عصابي » أو « فصابي » . وإنما يقصد به رسم صورة كاملة وشاملة عن الأعراض وتقويم العوامل النفسية والبيولوجية والاجتماعية في نشأتها .

ويلزم أن يكون التشخيص كاملاً ، وأن يحفظ في سجل دائم وذلك لأن المريض إما أن يقيم لفترة طويلة في المستشفى تصل في بعض الحالات إلى ٣٠ أو

(١) English, H.B., and English, A.C., A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanatytical Terms, Longmens U.S.A., 1958.

٤٠ سنة ، أو يخرج منها ثم يعود إليها ثانية . وتفيد هذه المعلومات في العلاج وفي إجراء البحوث على حد سواء . وتحتفظ المستشفيات بسجلات تشخيصية عن المرض وعن تقدم المريض وشفائه . فتحتفظ بما يعرف باسم تاريخ الحالة case - history أو استمارات تسجيل الحالة وفي الغالب ما تشمل مثل هذه الاستمارات على البيانات التالية : -

١ - بيانات شخصية كالاسم والجنس والسن والعنوان والطول والوزن والحالة الاجتماعية والوزن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والوظيفة والعمل وما إلى ذلك .

٢ - طبيعة المشكلة .
٣ - التاريخ الشخصي .
٤ - التقويم الطبي .
٥ - التقويم السيكولوجي .
٦ - التقويم الاجتماعي .
٧ - تشخيص الحالة أو تصنيفها .
٨ - المعالجات .
٩ - بيانات عن الخروج .
١٠ - المتابعة(*) .

وتختلف أساليب التشخيص باختلال الهدف من إجرائها ، وباختلاف المؤسسة التي تجريها ، فإذا كان الهدف هو إدخال المريض لاحدى المؤسسات أو المستشفيات العلاجية فإن التشخيص يستهدف توضيح الأعراض ، كذلك ربما يكون التشخيص قبل وبعد تقديم نوع من العلاج لمعرفة مدى تأثيره وفاعليته . وهنا ينصب الاهتمام أيضاً على الأعراض لوضع أسس العلاج في المستقبل .

(*) درجت مستشفى بروكوود بانجلترا التي كان المؤلف يعمل بها على إعداد كامل لكل مريض يحتوي على التقويم الطبي والنفسي والاجتماعي وتاريخ الحالة والمعالجات التي مرت بها وينتقل هذا الملف مع المريض من مستشفى إلى آخر .

وفي الحالات التي يستهدف فيها التشخيص تحديد العوامل المسئولة عن حدوث الاصابة كما هو الحال في حالات التسمم ، فإن التشخيص يركز على توضيح مقدار العجز .

أما مجرد وضع « لافتة » على الشخص بأنه فصامي مثلاً فإنه مضلل ، وقد تكون غير صحيحة ، ولكنها تفيد على كل حال بصورة عامة حيث يستطيع أن يستفيد العاملون في مستشفى معين مما يكتشفه العاملون في مستشفى أخرى عن نفس الحالة عندما ينتقل المريض من مستشفى إلى آخر .

وحيث أن التشخيص يتطلب الحصول على معلومات كثيرة ، طبية ونفسية واجتماعية وتاريخية ، لذلك فالتشخيص المثالي هو الذي يقوم به فريق من المتخصصين في الطب والطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي والخدمة الاجتماعية .

وبالنسبة للمعلومات الطبية تتضمن وصف الحالة الفيزيقية للمريض وخاصة الظروف المرضية التي يمكن أن تكون عوامل مسببة للمرض العقلي . ويتطلب ذلك فحص طبي وعصبي دقيقين medical and neurlogical examinations(*) . أما المعطيات النفسية فتتضمن أعراض المريض وشكواه وقدراته العقلية وصراعاته وتنظيم شخصيته . ويمكن الحصول على ذلك عن طريق ملاحظة المريضة ، أو عن طريق المقابلة ، أو استخدام الاستخبارات النفسية التشخيصية .

أما المعطيات الاجتماعية فتتضمن ظروف المريض المنزلية وحالته الاجتماعية (متزوج ـ أعزب ـ له أولاد) وظروفه المهنية أو العملية ، وتكيفه الاجتماعي ، ومركزه المالي ، وموقف حياته العام . ويجمع هذه المعطيات الأخصائي في الطب العقلي الاجتماعي the psychiatric social worker .

(*) أن هناك علاقة تفاعل قوية بين العوامل الجسمية والعوامل النفسية في الشخصية الانسانية سواء في الأسوياء من الناس أم المرضى .

وفيما يتعلق بالمعطيات التاريخية فتتضمن مراحل نموه الصحي والمدرسي والمهني ، وتاريخه الاجتماعي والحقائق المهمة عن تاريخ أسرته كوجود حالات للمرض العقلي بينها . ويمكن الحصول على هذه المعطيات من الجهة التي حولت المريض أو من الأشخاص أو من المريض نفسه أو الأخصائي الاجتماعي العقلي .

التقويم أو التشخيص الطبي *Medical Evaluation*

كثير من الأمراض العضوية ترتبط بالأمراض العقلية ، ولذلك فإن الهدف من التقويم الطبي والجسمي والعصبي هو اكتشاف أي حالة جسمية أو عصبية تتصل بالمرض الحالي .

ويقوم بالفحص الذي هو عملية تخصصية دقيقة مجموعة من أرباب الاختصاص ويشمل وظائف التمثيل الغذائي ، ووظائف القلب وقياس الدم ، والسائل الشوكي للتأكد من عدم وجود مرض الزهري syphilis وقياس الانعكاسات أو غير ذلك للتعرف على وجود الأورام الدماغية أو المخية brain tumors وغير ذلك من أمراض الجهاز العصبي . ويساعد التشخيص الطبي في تحسين الحالة الجسمية العامة للمريض ، وفي وضع خطة لعلاج أي مرض جسمي . وفي الغالب ما يشتمل الفحص الطبي والعصبي على بيانات عن الأمور الآتية :

١ ـ ضغط الدم .
٢ ـ القلب .
٣ ـ الرئتين .
٤ ـ الغدد .
٥ ـ التجويف البطني .
٦ ـ الانعكاسات .
٧ ـ الاحساسات .

٨ ـ طريقة مشي المريض .

٩ ـ بؤرة العين أو إنسان العين .

١٠ ـ قياس موجات المخ بواسطة electroencephalogrophy .

ويستخدم الجهاز الأخير (EEG) لقياس موجات المخ brain waves بوضع أقطاب كهربائية على أماكن مختلفة من الرأس يمكن قياس وظائف المناطق المختلفة من المخ كالمنطقة الجبهية frontal أو منطقة مؤخرة الدماغ occipital . والرسم الناتج من وضع الأقطاب الكهربائية على فروة الرأس scolp تسمى electroencephalograms ولقد أمكن تمييز أربعة أنواع من هذه الموجات :

١ ـ موجات الألفا alpha waves وهي موجات منتظمة إيقاعية تتكرر بشكل نظامي ، ملساء أي غير متعرجة smooth تحدث حوالي ١٠ مرات في الثانية .

٢ ـ موجات بيتا beta وهي موجات أكثر سرعة من موجات الفا وإلى حد ما غير منتظمة irregular وتحدث بنسبة ٢٥ ذبذبة في الثانية .

٣ ـ موجات جاما gamma وهي موجات مداها أو اتساعها قصير low amplitude ومتوسط حدوثها ٣٥ ـ ٤٥ ذبذبة في الثانية .

٤ ـ موجات دلتا delta وهي موجات بطيئة مداها واسع نسبياً متوسط ذبذباتها ٨ في الثانية أو أقل من ذلك . وتظهر الأمراض الدماغية brain pathology في أشكال مختلفة من نظام حدوث هذه الموجات ، كعدم الانتظام ومقدار ذبذبة نماذج موجات المخ وتسمى هذه الموجات المضطربة dysrhythmias .

وعن طريق رسوم الـ EEG يمكن التأكد من طبيعة ومكان أو موضع أورام المخ brain tumors أو الآفات المخية lesions وغير ذلك من الأمراض المخية . والمأمول أن يؤدي التقدم في فحوصات الدم إلى اكتشاف العوامل السببية في الفصام التي ما زالت مجهولة إذا كان هناك ثمة عوامل .

وتطبق مقاييس موجات المخ عندما يكون المريض جالساً أو نائماً مع وضع رأسه في موضع ثابت . ثم توضع الأسلاك في المنطقة التي يراد فحصها على فروة الرأس . والتيار الكهربائي الصغير الصادر عن المخ يسجل ويرسم على رسم بياني يتحرك مع الجهاز .

أدت دراسة موجات المخ للمرضى العقليين إلى نتائج مختلفة ومتناقضة أحياناً ، وعلى العموم الموجات البطيئة غير المنتظمة ، أو الموجات الخشنة والسريعة تدل على وجود الشذوذ العقلي .

ولقد وجد بعض الباحثين علاقة بين رسم موجات المخ وحالات الشلل العام ، وذهانات الشيخوخة senile psychoses وذهانات الكحول ، وإن كانت هذه العلاقة ليست مطلقة وثابتة حيث تشذ في بعض الحالات . ولا يكشف المرضى المصابون بمرض واحد عن موجات مخ واحدة ، كذلك هناك اختلافات واسعة في موجات المخ عند مرضى الفصام الوظيفي . كذلك وجد أن موجات المخ عند مرضى العصاب النفسي لا تختلف عن مثيلاتها عند السواد الأعظم من الناس الأسوياء . كذلك فشلت الجهود في الحصول على علاقة بين شدة المرض ونوع الموجات .

على كل حال وجدت نسبة كبيرة من الشذوذ في نمط موجات المخ عند أرباب الشخصيات السيكوباتية psychopathic والأطفال أصحاب المشكلات السلوكية ، ولتفسير ذلك توضع عدة فروض منها :

١ ـ أن الموجات تعكس تأخر نمو أو نضج الجهاز العصبي المركزي وينطبق ذلك على صغار السن من الأطفال والشباب .

٢ ـ أن الموجات تعكس الإضطرابات السيكوسوماتية أي الإضطرابات التي ترجع لأسباب نفسية ولكن أعراضها جسمية psychosomatic .

والعوامل النفسية تسبب اضطرابات غدية وذاتية أي تلك التي يتحكم

فيها الجهاز العصبي الذاتي أو المستقل والتي تؤثر بدورها في وظائف المخيخ وينتج عن ذلك موجات مخية مضطربة وربما يفسر هذا العرض الشذوذ في الموجات عند مرضى الفصام الذين يظهرون بعض الأعراض الفسيولوجية أثناء نوباتهم .

٣ ـ أن الموجات تعكس نقصاً جبلياً في المخ ويتدخل هذا في الوظيفة الطبيعية . ويعتمد هذا الفرض على العلاقة القائمة جيداً بين شذوذ الموجات والأمراض الدماغية البنائية أو الحيوية الكيميائية .

ومن مراجعة كثير من البحوث يمكن القول بأن كل فرض من هذه الفروض يفسر جانباً من الحقيقة . وليس الحقيقة كلها . لذلك يقتنع بعض العلماء بقبول هذه الفروض الثلاثة مجتمعة في تفسير الشذوذ في الموجات المخية وهي فرض النضج والتأخر ، وفرض التأثير النفسجسمي وفرض النقص أو الضعف البنائي أو التكويني أو الجبلي constitutional defects .

التشخيص النفسي :

يعتمد التقويم أو التشخيص النفسي على استخدام ملاحظة المريض ومقابلته ، وتطبيق الاختبارات النفسية المتعددة . ويتضمن تقويم السلوك العام ، والقدرات ، وتنظيم الشخصية . ففي الغالب ما يقدم وصف مختصر لسلوك المريض مشيراً إلى وجهاته وعاطفته وما يشعر به من هلاوس وهذيان ، والسمات الشخصية العامة ، وذلك عند دخول المريض للمستشفى العقلي . وبعد ذلك تتم الملاحظات المفصلة على نشاط المريض في العنبر ، ومن خلال جلسات المقابلة الدورية . والهدف من الإحتفاظ بسجلات لوصف السلوك العام ليس تحديد ديناميات الشخصية وإنما للحصول على وصف دقيق للجوانب البارزة من السلوك ، كالمظهر والكلام والسلوك الجنسي والسلوك الإنفعالي ، والتدمير أو التخريب أو العنف المفاجىء والهذيان والهلاوس والتذكر والإتجاه والحكم وما إلى ذلك . ولتسهيل الحصول على هذه الملاحظات تصمم مقاييس

التقدير rating scales وتساعد مثل هذه المقاييس الباحث على توضيح ما اذا كانت السمة موجودة أو غير موجودة ، وعلى درجة وجودها أو سيطرتها . ومن هذه المقاييس ما هو وصفي بحت ومنه ما يحتوي على درجات ، فمثلاً يمكن استخدام مقياس التقدير الآتي المكون من ٥ نقط للتعرف على مظهر المريض :

١ ـ غير مهندم اطلاقاً قذر الجسم Slovenly فلا ينتبه إلى صحته الشخصية ، ما لم يرغم على ذلك وملابسة ملوثة بالبراز feces أو القذارة soiled with dirt .

٢ ـ قذر في مظهره ولكنه سوف يغير ملابسه وينظف نفسه عندما يطلب منه ذلك .

٣ ـ لديه انتباه متوسط للصحة الشخصية ، ونظافته وهندامه معقولين بدون إشراف من الغير .

٤ ـ مهندم ونظيف جداً . يقضي كثيراً من الوقت في الصحة الشخصية .

٥ ـ مهتم أزيد من اللازم بالنظافة ويقضي وقتاً طويلاً في غسل ملابسه وصيانتها وللتأكد من خلوها من الأخطاء أو العيوب .

وواضح أن هذا المقياس مكون من ٥ نقاط five- point- scale يوضع المريض حسب مظهره وإهتمامه بمظهره ونظافته على واحد من هذه النقط الخمسة . وواضح أنها تتكون من المبالغة في النظافة إلى المبالغة في الإهمال والقذارة أي من النقيض إلى النقيض .

وفيما يلي نموذج لمقياس النشاط الجنسي مكون أيضاً من خمس نقاط :

١ ـ مغتصب جنسياً فيهجم أو يعتدي أو ينقض . يقترب بعدوان من الذكور أو الإناث بقصد أو نية جنسية .

٢ ـ متحرش جنسياً أو يطلب الجنس بإلحاح ، يستعرض الأعضاء الجنسية

genitals برغبة جنسية . يقوم بمغامرات جنسية ظاهرية نحو غيره من المرضى والعاملين في المستشفى ويمارس العادة السرية علناً .

٣ ـ لا يوجد عنده سلوك جنسي ظاهر overt لا يشغ ذهنه بمناقشات الأمور الجنسية .

٤ ـ يتجنب الموضوعات الجنسية . يصبح تعباً بواسطة مناقشة الجنس ، ويصبح مضطرباً إذا إقترب منه الآخرون جنسياً .

٥ ـ مفرط الإحتشام أزيد من اللازم حول الجنس يعتبر كل الأمور الجنسية قذرة filthy ، ويدين النشاط الجنسي في الآخرين ويشعر بالألم إذا إقترب منه أحد جنسياً .

وللحصول على معلومات من المريض عن هذيانه وإدراكه للبيئة أو تعرفه عليها orientation وغير ذلك من مظاهر السلوك يمكن أن نسأله الأسئلة الآتية لمعرفة مدى تعرفه على البيئة مثلاً :

١ ـ في أي أيام الأسبوع نحن اليوم ؟
٢ ـ ما هو تاريخ اليوم ؟ والشهر ، والسنة ؟
٣ ـ في أي وقت نحن الآن في الصباح أم في المساء أم بعد الظهر ؟
٤ ـ أين نحن الآن ؟
٥ ـ ما هو اسم هذا المكان ؟

وللتعرف على الأشخاص يسأله الطبيب من أنا ؟ وأين توجد أسرتك ؟

وبذلك نتعرف على إدراكه للزمان والمكان والأشخاص . وتحديد الخواص المرضية لإستجابات المريض وتمييزها عن الإستجابات السوية يحتاج إلى خبرة كبيرة من جانب السيكولوجي ، فقد يجادل المريض ويبرهن على أن كثيراً من الناس قد إستغلوه وعملوا ضده مما يصعب معه التعرف على هذيانه . أما عندما يزعم المريض أنه « المنقذ أو المخلص العظيم » saviour هنا يظهر الهذيان

بسهولة . وهناك مرضى يزعمون وجود « صواميل وورد حديدية » في داخل معدتهم ، ولكن لقد كانت دهشة الطبيب كبيرة عندما كشفت أشعة إكس لا عن وجود « صواميل وورد » وحسب بل عن وجود « مفكات ودبابيس » شعر حقيقية في داخل بطن المريض ، ولذلك لا ينبغي رفض أقوال المريض كلية دون الإستناد إلى حقيقة ، أو لمجرد كونه مريضاً عقلياً .

استخدام التنويم المغناطيسي وبنتوثال الصوديوم

Sodium Pentothal

لا يستخدم التنويم المغناطيسي والعقاقير المنومة في العلاج النفسي وحسب وإنما في الحصول أيضاً على معطيات تشخيصية لا يمكن الحصول عليها بدونها حيث تتم المقابلة تحت تأثير العقار أو التنويم .

استخدام الاختبارات النفسية :

تعد الإختبارات النفسية وسيلة متخصصة لتحديد قدرات المريض العقلية ودوافعه وصراعاته ، ودفاعات الذات عنده ، وتقويمه للبيئة ولذاته ، وقياس إهتماماته وميوله وإستعداداته . وعلى وجه العموم قياس تنظيم شخصيته ـ ولها أهمية خاصة في الكشف عن الديناميات النفسية للمرض . كذلك هناك إختبارات نفسية لتشخيص الأمراض المخية ، ويزداد عدد الإختبارات المستخدمة ، ولذلك يختار السيكولوجي ما يناسبه لقياس الأبعاد السيكولوجية للمريض التي يريدها . ويمكن إستخدام بطارية من الإختبارات[١] . وقد يختار إختباراً لقياس الأداء في إختبار لفظي أو غير لفظي للذكاء ، أو قياس الإحساس أو الحركة أو التآزر الحسي حركي sensorimotor coordination أو قد يستخدم إختبارات لقياس الإستعداد المهني vocational aptitude .

(١) لمزيد من المعلومات عن الإختبارات النفسية راجع كتاب المؤلف « القياس والتجريب في علم النفس والتربية » دار النهضة العربية ـ بيروت .

وعن طريق الإختبارات نستطيع أن نحكم على درجة إتصال الفرد بالحقيقة أو الواقع ، وأن نحكم على عاداته وقدراته على التركيز كما نحكم على حياته الإنفعالية .

وبالنسبة لإختبارات الذكاء هناك عدد كبير منها يستطيع الباحث أن ينتقي منها ما يناسب مريضه من حيث سنه والمستوى التعليمي والجنس والإنتماء الثقافي وما إلى ذلك .

ومن أشهر الاختبارات المستعملة لقياس ذكاء الكبار والأطفال اختبار وكسلر ـ بلفيو Wechsler-Bellevue ويشتمل على قسمين : قسم لقياس الذكاء اللفظي وقسم لقياس الذكاء العملي verbal وقسم لقياس الذكاء العملي performance .

ويتكون الاختبار كله من عشر اختبارات فرعية . من هذه الاختبارات الفرعية ما يلي : ـ

١ ـ اختبار المعلومات العامة :

تستهدف اسئلة هذا الاختبار قياس مدى معلومات المريض في مواد يمكن للشخص المتوسط في ضوء الظروف العادية أن يكتسبها ومن أمثلة ذلك :

١ ـ من هو رئيس الولايات المتحدة الأمريكية ؟
٢ ـ من الذي كان رئيساً قبله ؟
٣ ـ من الذي كتب قصة هملت ؟
٤ ـ ما هو علم الاثينولوجيا ethonology(*) .

(*) يقصد بعلم الاثينولوجيا دراسة الاعراق البشرية أي علم أصول السلالات البشرية أو أجناس الأمم وأصولها ومميزاتها وتفرقها .

اختبار تكملة الصور :

وهو من الإختبارات العملية الفرعية ويتألف من خمسة عشر بطاقة مرسوم على كل منها صورة محذوف منها جزء ، وعلى المفحوص أن يحدد هذا الجزء المحذوف .

ويستهدف هذا الإختبار قياس قدرة العميل على التمييز بين العناصر الأساسية والتفاصيل غير الضرورية ، وعلى القدرة على الملاحظة .

إن تحليل الدرجات على هذه الإختبارات الفرعية يكشف الوظائف العقلية عند العميل ، كما يكشف أيضاً أي عجز يرجع إلى المرض العقلي أو الصدمات المخية brain damage .

وبالإضافة إلى ذلك فإن تقويم الإستجابات الفعلية للعميل ، وكذلك سلوكه في موقف الإختبار يزودنا بكثير من المعلومات التشخيصية عن تكوين شخصيته ، وعن إتجاهه الخلقي . فعلى سبيل المثال لقد أجاب أحد المرضى على السؤال الخاص بالمظروف أنه سوف يفتحه ليعرف ما إذا كانت توجد به نقود أم لا .

وفي حالات أخرى قد يتضايق المريض أزيد من اللازم من جراء أخطائه على الإختبار ، أو قد يكون قلقاً خشية ألا يكون قد حل حلا صحيحاً ، أو قد يكون متذبذباً وغير حاسم في إستجاباته ، أو قد يكشف عن غير ذلك من الإستجابات ذات الأهمية التشخيصية كالعصيان والتمرد أو الضيق والملل(*) .

اختبارات الشخصية :

هناك كثير جداً من هذه الإختبارات المصممة لقياس جوانب مختلفة من تنظيم الشخصية . ويمكن تقسيم هذه الإختبارات العديدة إلى فئتين :

(*) يفيد إختبار وكسلر في جوانب تشخيصية أخرى فقد وجد أن وجود فرق كبير بين درجات الفرد على الجزء النظري والجزء العملي دليل على وجود صدمات مخية .

أ ـ إختبارات إسقاطية projective tests .

ب ـ إختبارات غير إسقاطية non-Projective ـ بالنسبة للإختبارات غير الإسقاطية فتتألف من الإستخبارات ومقـاييس التقديـر والإستبيانـات inventorys .

ومن الإختبارات الإكلينيكية الرئيسية غير الإسقاطية إختبار الشخصية المتعددة الأوجه The minnesota multiphasic personality (M.M.P.I.) inventory ويتألف من ٥٥٦ سؤالاً أو مفردة تشمل موضوعات عن الظروف الفيزيقية ، والإتجاهات الإجتماعية ، وغير ذلك . وعلى المريض أن يختار المفردات التي تنطبق عليه ، ومن أمثلة مفرداته ما يلي :

١ ـ أحياناً أظل أطالب بشيء ما حتى يفقد الآخرون صبرهم معي .

٢ ـ غالباً تأتي إلى ذهني الكلمات الرديئة والمزعجة ولا أستطيع أن أتخلص منها .

٣ ـ غالباً أشعر كما لو كانت الأشياء غير حقيقية .

وتصنف إستجابات المريض حسب دلالتها التشخيصية إلى كثير من العوامل منها :

١ ـ توهم المرض hypochondriasis .
٢ ـ الهستيريا .
٣ ـ الوهن أو النحالة أو الذبول أو الضعف asthenia .
٤ ـ الشخصية السيكوباتية .
٥ ـ الاضطهاد paranoia .
٦ ـ الفصام .
٧ ـ الهوس الخفيف أو اللوثة hypomania .
٨ ـ الإكتئاب .

وغير ذلك من العوامل الإكلينيكية ، كنزعة المريض نحو الأنوثة أو الذكورة . ويدل عدد المفردات التي يختارها المريض والتي تشبه ما يختاره مريض الفصام أو المانيا أو غير ذلك من أرباب الإضطرابات العقلية المختلفة ، هذا العدد من المفردات هو الذي يحدد إتجاهه نحو هذا المرض .

يستخدم لإكتشاف الأشخاص الذين يحتمل أن يعانوا من الأمراض النفسية ، ولقد جمعت مفرداته من كتب علم الطب العقلي وعلم نفس الشواذ ومن سجلات دراسة الحالات ، وتشمل الأعراض والأعمال والإتجاهات عند المرضى .

ثم جربت هذه المفردات على مجموعة من الأسوياء وعلى مجموعة أخرى من المرضى يمثلون مجموعات مختلفة من الأمراض . ويعتمد التصحيح على المفردات التي تميز مجموعة المرضى عن مجموعة الأسوياء وتقيس العوامل الإكلينيكية الآتية :

١ ـ توهم المرض hypochondriasis والدرجة العالية على هذا المقياس تكشف عن قلق زائد حول الصحة والشكوى من آلام جسمية وإضطرابات غامضة أو مبهمة .

٢ ـ الإكتئاب ـ وتفيد الدرجة العالية معاناة الفرد من الإكتئاب المزمن والشعور بعدم القيمة وعدم الفائدة وعدم القدرة على مجابهة المستقبل .

٣ ـ الهيستيريا ويكشف هذا المقياس عن الأشخاص الذين يستجيبون للمشاكل الشخصية بإظهار أعراض فسيولوجية كالشلل والآلام المعدية أو الأعراض القلبية ، أو التشنجات .

٤ ـ الإنحراف السيكوباتي ، يكشف عن الأشخاص الذين يفتقرون إلى الإستجابات الإنفعالية العميقة والذين لا يشعرون بالمسئولية ، مع إهمال الضغوط الإجتماعية ، أو النظر للآخرين .

٥ ـ البارانويا paranoia أو الشعور بالاضطهاد ، ويكشف عن الأشخاص الذين يشكون ويشعرون بالحساسية الزائدة وبالاضطهاد وبالاتهام ، والذين يشعرون بالإزعاج .

٦ ـ الوهن النفسي psychosthenia ، ويكشف عن المرضى الذين يعانون من مخاوف شاذة أو فوبيات ونزعات إستحواذية قهرية ، والذين يشعرون بالإضطرار والإبقاء على بعض الأفكار وعمل بعض الأفعال .

٧ ـ الفصام ، ويكشف الأشخاص الذين يعانون من الأفكار الشاذة غير المألوفة وكذلك السلوك الشاذ والذين يعيشون حياة ذاتية تنفصل عن عالم الحقيقة والواقع .

٨ ـ المانيا الخفيفة أو الهوس الخفيف hypomania ويكشف عن الأشخاص الذين يميلون إلى النشاط الزائد ، العقلي والجسمي مع إنتقال سريع في الأفكار والأفعال .

٩ ـ الأنوثة ـ الذكورة : يكشف هذا المقياس عن الأشخاص الذين يميلون إلى التوحد مع الجنس المعاكس أكثر من التوحد مع أفراد جنسهم .

وفيما يلي نعرض عشرة مفردات من هذا الإختبار المكون من ٥٥٦ مفردة تقيس عوامل إكلينيكية مختلفة وأمام كل مفردة الاستجابة التي إذا أعطاها المريض حسبت له درجة واحدة .

٥ ـ الاختبارات الاسقاطية :

الإختبارات الإسقاطية أقل بناء أو تركيباً عن الإختبارات غير الإسقاطية وتعتمد على تقديم بعض المثيرات الغامضة ambiguous stimuli . كبقع الحبر أو الصور أو الرسوم ، ونتيجة لذلك فإن العميل مضطر لأن ينظم ، وأن يفسر المادة التي تعرض عليه ، وفي أثناء هذه العملية يكشف عن كثير من صراعاته ، ومستوى طموحه aspiration ومستواه العقلي ، وأساليبه في التكيف ، وغير ذلك

م	المفردة	التصحيح	العامل المقاس
١ -	إنني أحب المجلات الميكانيكية	لا	الذكورة - الأنوثة
٢ -	لدي شهية جيدة	لا	توهم المرض
٣ -	إنني أستيقظ نشطاً وأظل مستريحاً طوال الصباح	لا	هيستيريا
٤ -	أعتقد أنني سوف أعمل أمين مكتبة	نعم	ذكوره - أنوثة
٥ -	إن الضجة تثيرني بسهولة	نعم	إكتئاب
٦ -	أحب أن أقرأ المقالات الصحفية عن الجريمة	لا	هيستيريا
٧ -	يداي وقدماي دائماً دافئة بما يكفي	لا	توهم المرض
٨ -	حياتي اليومية مملوءة بالأشياء التي تجعلني مهتماً بها	لا	إكتئاب
٩ -	إنني قادر على العمل كما كنت دائماً كذلك	لا	توهم المرض
١٠ -	يبدو أن هناك في زوري كتلة ورم معظم الوقت	نعم	وهن نفس

من جوانب تكوين شخصيته . ومن بين الإختبارات الإسقاطية المنتشرة في المجال الإكلينيكي الإختبارات الآتية :

١ - اختبار بقع الحبر لرورشاخ Rorschach :

ويحمل هذا الإختبار إسم الطبيب العقلي السويسري هيرمان رورشاخ الذي بدأ الإستخدام التجريبي لبقع الحبر في التشخيص عام ١٩١١ . ويتألف الإختبار من عشر صور أو عشر بقع حبر خمسة ملونة وخمسة سوداء وبيضاء يجيب عليها العميل واحدة تلو الأخرى بالتوالي وتعطي للعميل التعليمات الآتية :

إن الناس يرون كل أنواع الأشياء في صور بقع الحبر هذه ، والآن أخبرني ماذا ترى ؟ ما الذي تعنيه الصور بالنسبة لك ، ما الذي تجعلك تفكر فيه ؟

ولكن تصحيح الإختبار وتفسيره يحتاجان إلى درجة عالية من المهارة والخبرة السيكولوجية والاكلينيكية . وبذلك يمكن التعرف على شخصية العميل

وبنائها وطريقة تعامله مع بواعثه الداخلية ونزعاته الانطوائية والإنبساطية وما إلى ذلك .

وفيما يلي إقتباس من إستجابة مريض لهذه البقع شخصت حالته فيما بعد على أنه شخص مضاد للمجتمع antisocial « هذه تشبه رجلين يكشفان عن أعضائهما التناسلية ، وكانا قد تشاجرا مشاجرة عنيفة ، ولقد تناثر الدم على الحيطان ، ويحملان سكاكين أو آلات حادة في أيديهما وقطعا لتوهما جسماً . ولقد إستخرجا فعلاً الرئتين وغيرهما من الاحشاء ، وها هو الجسم مقطع الأوصال . ولم يبق شيء إلا الهيكل ومنطقه الحوض وكانا يتشاجران لتحديد من الذي يقوم منهما بتقطيع الأجزاء النهائية . يشبهان شخصين متوحشين أو جشعين ينقضان أو يقتلعان شيئاً ما »[1] .

وفيما يلي إستجابة سيدة سوية حصل عليها المؤلف من سيدة مصرية في سن الثانية والثلاثين لنفس الصورة أو البقعة تقول :

« شخصان يقومان بعمل إعلان لشيء ما على الحائط وهناك تقف عصفورة وفي الوسط توجد فراشة » .

تصحيح اختبار رورشاخ وتفسيره :

إن إستجابات العملاء لهذا الإختبار تتضمن العديد من التفاصيل والدقائق التي لا بد من تنظيمها ـ ولقد حاول كثير من العلماء وضع نظم لتصحيح هذا الإختبار منهم Beck, Klopher, and Kelley ولقد إهتم كوبفير بالسمات الرئيسية في الإستجابات وتوصف الإستجابة في ضوء المحكات الثلاثة الآتية :

أ ـ المكان أو الموضع أي المنطقة التي تنتمي إليها الصورة .

ب ـ المحددات .

جـ ـ المحتوى أو المضمون .

---

(١) Coleman, J.C., op. cit.

بالنسبة للمكان قد يشير العميل إلى كل الصورة (ك) كأن يصفها كلها بأنها صورة « جمجمة » . وقد تشير استجاباته إلى أجزاء فرعية من الصورة (أ) كأن يجري فيها رأسين لشخصين ، وقد يرى فيها عدة أجزاء أو تفاصيل (ت) كأن يرى مجموعة من السحرة أو من الناس . بالنسبة للمحددات فهي السمات الموجودة في الصورة والتي جعلت العميل يراها كما رآها . والمحددات الأساسية هذه هي الشكل shape أو الصورة أو اللون أو الحركة أو الظلال . وغالبية المحددات تتركز في الشكل . كذلك يمكن تحديد ما إذا كانت الاستجابة تناسب الصورة تناسباً جيداً أو ضعيفاً . وغالباً ما تعتمد استجابة واحدة على أكثر من محدد واحد determinants كأن تعتمد على اللون والشكل معاً أو الشكل والظلال shading .

بالنسبة للمحتوى contant هو ما يراه العميل في الصورة ومن بين الفئات المستخدمة الناس ، الحيوانات ، أجزاء من الإنسان ، أجزاء من الحيوان ، الطبيعة ، أشياء جامدة ، وتكرار العناصر في نفس الصورة يساعد على سرد قصة .

وإلى جانب هذا التحليل للإستجابات ، هناك تصنيف آخر للإستجابة هو :

أ ـ تحدث بصورة متكررة أو استجابة شائعة .

ب ـ استجابة نادرة الحدوث أو أصيلة .

وهناك أسس أخرى كثيرة لتصنيف الاستجابات . على كل حال بعد تصنيف هذه الاستجابات الفردية وترقيمها أو وضع رموز لدلالة كل منها يعمل الباحث جدولاً يلخص فيه هذه التصانيف ، كما يوجد النسب بين كل صنف منها ، وهكذا يوجد وصف كمي وآخر كيفي لإستجابات المريض ، وعلى أساس هذا الوصف يتم تفسير الاستجابة على شرط أن تفهم الاستجابة وتفسر فقط في ضوء الصورة الكلية للإستجابة ، فالعبرة في التفسير بالصورة الكلية الاجمالية ،

ويحتاج ذلك إلى خبرة سيكولوجية واسعة وإلى خبرة فنية ومهنية بالإختبار نفسه .

والمعروف أن الإختبار يقدم معلومات عن كل وظائف الشخصية ، ويفيد في معرفة كيف يواجه الشخص مشكلة معينة وهل ينظر هو للمشكلة أولاً ككل ثم يجزأها إلى عناصرها الصغيرة أم أنه يضع الحل الكلي من أجزائها الرئيسية ؟ وهل يتعامل هو مع السمات الأساسية في المشكلة ثم يغوص في التفاصيل والدقائق ولا يصل أبداً إلى المشكلة الرئيسية ؟ وهل هو يقترب من المشكلات بطريقة جامدة أم بطريقة مرنة ؟ وما هو مستواه العقلي وكيف يستخدم ذكاءه بكفاءة ؟ وهل هو طموح ؟ وكيف يتعامل مع إنفعالاته ؟

بالنسبة للعوامل التي ترتبط بمستوى الفرد العقلي فهي وضوح إدراك العميل للشكل ، وقدرته على تنظيم البقعة في أشكال مستخدماً كل البقعة ، ثم عدد الإستجابات الأصيلة وعدد الاستجابات الكلية ومدى تنوع المحتوى .

أما موضع أو مكان الاستجابة وطريقة العميل في الاستجابة لكل صورة فيمثل أسلوب العميل في حل المشكلات . فإستخدام الصورة ككل يرتبط بالطموح العقلي ، والفرد الذي يطمح فيما يتجاوز قدراته يعطي استجابات كلية فقيرة (بمعنى أنه يدخل قسراً مستوى عالياً من التنظيم حتى وإن لم يكن ذلك ملائماً) . أما تقسيم الصورة إلى تفاصيل صغيرة وغير مألوفة فإنه من سمات الأشخاص الذي يعانون من الاستحواذ أو النزعات الفهرية الذين يصرون أن الاستجابة يجب أن تمتزج بالضبط مع شكل الصورة .

أما الفهم العام(١) أو الذوق العام فيكشف عنه عن طريق إبداء التفاصيل في الاستجابة ، أي التفاصيل العادية المألوفة . ويزعم الخبراء في « رورشاخ » أن الاختبار قادر على الكشف عن كيفية استخدام الفرد لذكائه ، ولكن تحديد الذكاء على أساس من رورشاخ لا يرتبط إلا ارتباطاً صغيراً مع اختبارات الذكاء التقليدية .

---

(١) Thorndike, R.L. and Hagen, E. op. cit. 494.

أما استخدام العميل للألوان والظلال والتركيب فيكشف عن حياة العميل الانفعالية . فإدراك الألوان الخالصة) أو تسمية الألوان يكشف عن العجز في التحكم الإنفعالي . وعندما يمزج الفرد بين الشكل واللون مع سيادة الشكل يدل ذلك على أن لديه حياة إنفعالية فيها حيوية ، وأن لديه تحكماً في إنفعالاته ، أما استجابات التركيب والظلال فتؤخذ كدليل على الحصر والشعور بالخراقة أو الإكتئاب أو عدم الكفاءة وتفسر الاستجابات التي تمثل الأفق بنفس المعنى .

أما استجابات الحركة فترتبط بالحياة الداخلية للعميل . ويقول رورشاخ : إن استجابات الحركة تمثل رغبة قوية . ويربط كثير من المفسرين استجابات الحركة مع اللون التي تعكس الانفعالات الداخلية .

أما استجابات المحتوى فتمثل مفتاحاً لفهم أنماط أخرى من الاستجابات حيث يعبر العميل عن خبراته الشخصية المختلفة وهنا يكمن التشابه بين محتوى الحلم الظاهري والرمزي وبين محتوى الاستجابة الاسقاطية أو رموزها .

لقد أجريت تنقيحات وتعديلات كثيرة على اختبار بقع الحبر لرورشاخ ، وكلها تنبع من الاختبار الأصلي . بعض هذه التعديلات يستخدم نفس الصور ولكن مع تعديل في طريقة التطبيق ، فهناك إجراء لاستعمال الاختبار كاختبار جماعي بالاستعانة بآلة عرض projector وتعديل آخر يعتمد على الاستجابة المتعددة الاختيار multiple-choice response .

وفي هذه الطريقة يختار المفحوص عدداً معيناً من الاستجابات من القائمة المعطاة له ، وهناك بقع أخرى صممت لتكون موازية للبقع الأصلية ، من أشهر هذه الطبعات الطبعة التي أعدها هلتزمان Holtzman Inkblot technique 1961 وتتكون من صورتين متكافئتين تحتوي كل واحدة على ٤٥ بقعة تتضمن ألواناً غنية وتصميمات معقدة أكثر من السلسلة الأصلية ، ونظراً لكثرة عدد البقع فإنه يمكن تقييد العميل بإعطاء إستجابة واحدة فقط لكل بقعة ، ومع ذلك نحصل على درجة ثابتة ثباتاً معقولاً ـ وهذه الطريقة ـ تساعدنا في التغلب على الفروق

الفردية ، في الطلاقة والإنسياب في إنتاج الاستجابات . وعامل الطلاقة هذا من العوامل التي تعقّد تفسير الدرجات على الطبعات الأصلية . ويرمز للاختبار الأخير بالرمز .H.I.T ومنذ تصميم هذا الاختبار وهناك العديد من البحوث التي تجري لتطبيقه(١) .

اختبار تفهم الموضوع : *The Thematic Apperception Test (t.a.t)*

لقد قدمه مجموعة من المؤلفين عام ١٩٣٥ هم مورجان وموراي Morgan and Murray في العيادة السيكولوجية « بهارفارد » . ويتألف الاختبار من مجموعة من الصور التي تعرض على العميل مع تكليفه بتأليف قصة عن كل صورة من الصور ، وتعرض على العميل بالتعليمات الآتية :

إن هذا إختبار للخيال وهو أحد أشكال الذكاء . سوف أريك بعض الصور واحدة بواحدة ومهمتك هي أن تؤلف قصة درامية عن كل صورة ، وأن تقص ما الذي قاد للحدث الموضح في الصورة ، وأن تصف الذي يحدث في تلك اللحظة ، وما الذي يشعر به شخصيات القصة ، وما الذي يفكرون فيه ثم وضح النتيجة . أرو أفكارك كما تأتي إلى ذهنك . هل فهمت؟ وحيث أن أمامك ٥٠ دقيقة للصور العشر تستطيع أن تخصص ٥ دقائق لكل قصة وها هي أول صورة(٢) .

إن القصص التي نجمعها بهذه الطريقة وما تتضمنه من أبطال ونوع العقد أو المؤامرات ونتائج القصص أو نهايتها ، ونوع الشخصيات التي يتوحد وإياها العميل ، تكشف الكثير من صراعاته واتجاهاته ومستوى طموحه وغيرها من جوانب شخصيته .

على كل حال الاختبارات الاسقاطية تقدم مثيرات غامضة ، وغير واضحة

(١) Thorn dike, R.L. and Hagen, E. op. cit.

(٢) قام الأستاذ د. محمد عثمان نجاتي بتعريب هذا الإختبار وإعداده للاستعمال في البيئة العربية .

وغير محدودة البناء للعميل ، فيقوم هو ببنائها على أساس من توقعاته ، والتعليمات التي نعطيها له ، واستنتاجاته من الصور السابقة التي تعرض عليه ، وعن طريق تكوينه الشخصي الدائم وخبراته السابقة وميوله واهتماماته . وكلما زاد غموض المثير كلما زادت قدرة الاختبار على إبراز الجوانب النفسية للمريض .

وقد يستخدم في ذلك كما رأينا صورة أو بقعة حبر أو كلمة أو كلمتين من جملة أو كمية من الصلصال clary أو رسوم وصور مرسومة بالاصبع . كذلك ينبغي أن توفر التعليمات التي نعطيها للعميل الحرية الكاملة له للتعبير عما يريد .

تصحيح وتفسير اختبار تفهم الموضوع :

هناك طرق كثيرة وضعت لتصحيح وتفسير اختبار تفهم الموضوع معظمها دقيق وقاتل للوقت ، وكلها تجمع على أن محتوى القصص يلعب دوراً رئيسياً في تفسير الاستجابات وهذا يتعارض مع اختبار رورشاخ الذي يركز لا على ماذا يرى العميل بل يركز على كيف يراه .

في بادىء الأمر حلل موراي القصص تبعاً لحاجات وضغوط البطل والقوى البيئية أي الضغوط التي يتعرض لها البطل ، وكان يحلل كل قصة ، ثم يعطي لكل حاجة ولكل ضغط درجة موزونة ثم يضع الحاجات والضغوط في ترتيب تنازلي أو تصاعدي ، وفي نفس الوقت كان يدرس العلاقة بين الحاجات . وعلى الرغم من أن هذا التحليل كان يعطي معطيات غنية إلا أنه لا يستخدم اليوم كثيراً ذلك لأنه يتطلب عملاً مرهقاً وشاقاً ، كما أن فهم مدلول « الحاجة » مسألة صعبة فيحتاج تفسير المجموعة المكونة من عشرين قصة نحو خمس ساعات في المتوسط . أما معظم طرق التصحيح الحالية فتأخذ في الإعتبار النقاط التالية :

١ ـ أسلوب القصة ويتضمن ذلك طولها واللغة المستخدمة والأصالة

والإبتكار وتنوع المحتوى والصفات التنظيمية .

٢ ـ تكرار الموضوع في القصة يشمل ذلك الكفاح والفشل أو سيطرة الآباء وتسلطهم والثواب والعقاب .

٣ ـ العلاقة بين نهاية القصة وبقية أجزاء القصة .

٤ ـ التصميمات الأولية والثانوية كإختيار البطل للقصة والشخص الذي يليه في الأهمية .

٥ ـ تناول شخصيات السلطة وكذلك العلاقات الجنسية .

وأياً كانت طريقة التفسير فإن الإستجابة المفردة ليس لها معنى في حد ذاتها إلا كعنصر من النموذج الكلي للإستجابة . إن الموضوع المكرر والسمات المتكررة هي ذات الأهمية في التفسير .

أساليب اسقاطية أخرى :

في خلال الأربعين عاماً الماضية ظهر كثير من المناهج الإسقاطية ، منها ما يشبه إختبار تفهم الموضوع ، من ذلك إختبار الصور الأربعة the four picture test لمؤلفه فإن لنب Van Lennep حيث يطلب من المفحوص أن يستخدم أربع صور مائية غامضة تتضمن أشخاصاً في جماعات مختلفة وعلاقات مختلفة ، يستخدمها لتأليف قصة ، ويقصد به أن يكشف عن إتجاه الفرد نحو الحياة ، وإختبار سيكندمان the Sckneidman make a picture story test[1] لعمل قصة مصورة يتطلب من العميل أن يرسم صورته الشخصية وقصة تتمشى معها مكونة من ٦٧ شكلاً من الورق المقوى أو الكرتون المنتشرة أمامه . ويقوم الفاحص بعرض خلفية معروفة ، وعلى العميل أن يختار ما يشاء من الـ ٦٧ شكلاً ثم ينظمها على الخلفية أو الأرضية ، ويبتكر قصة . ويمكن إضافة خلفيات

(١) Thorndike, R.L., and Hagen, E., Measurement and Evaluation in Psychology and Education, John Wiley and Sons, Inc. N.Y. 1969.

أخرى إذا رغب الممتحن في ذلك لتوضيح الترتيبات الأخرى والقصص الاضافية . وكلما زاد نشاط العميل أدى ذلك إلى إنتاج قصص أطول وأغنى عن تلك التي نجدها في إختبار تفهم الموضوع . ولكن تقنين هذا العمل يجعل من الصعب الوصول إلى أي معيار لتصحيح الإنتاج .

كذلك استخدمت المنتجات الفنية المصنوعة من البلاستيك ومن الرسوم لتمثل المادة الخام في الأساليب الإسقاطية ، من ذلك رسوم الأطفال والرسم بالإصبع ،وصناعة التماثيل من الصلصال تقدم مادة غير كاملة التركيب للأطفال لكي يسقطوا أنفسهم عليها . كذلك فإن اللعب بالدمى يوفر فرصة كبيرة للتعبير الدرامي عند الأطفال حيث يقدم للطفل مجموعة من الدمى تمثل كل أعضاء الأسرة ، ثم تعطى له المواد اللازمة لبناء مسرح ، ثم يشجعه الباحث لتكوين أي قصة أو مشهد يبدو له . إن تمثيل المشكلات لا يفيد فقط كمصدر للحصول على المعلومات عن مشاكل الطفل ولكنه أيضاً نوع من العلاج حيث يعبر الطفل عن توتراته وقلقه ومن ثم تخف وطأتها .

كذلك استخدمت المادة اللفظية كوسيلة أو أداة للكشف عن اسقاطات الفرد . والصورة الكلاسيكية للإختبار اللفظي الإسقاطي هي اختبار تداعي الكلمات ، وفيه تقرأ الكلمات المثيرة الواحدة تلو الأخرى ، وعلى المفحوص أن يستجيب لكل كلمة بأول كلمة يفكر فيها . ويعطينا بهذه الطريقة مفاتيح لمشكلات الفرد حيث يستجيب لكلمات أخرى ، بينما يستجيب لكلمات ثالثة بعبارات غير مألوفة ، ولكن إختبار تداعي الكلمات لا يستخدم بكثرة في الوقت الحاضر لعدم كشفه عن خبايا المفحوص . واختبار تكملة الجمل sentence completeion test شكل آخر من أشكال الإسقاط اللفظي . حيث يقدم للمفحوص بدايات عدد كبير من الجمل وعليه أن يكملها بالشكل الذي يريده ، من أمثلة ذلك ما يلي :

١ ـ أتمنى أن . . .

٢ ـ إن المشكلة مع الناس هي أنهم . .
٣ ـ عندما انصرفت « أم محمود » كانت هي . . .

ويطلب من المفحوص أن يمر سريعاً خلال القائمة وأن يكملها أو يضع لها نهاية لكل جملة . من أمثلة هذا النوع من الإختبارات إختبار رولتر سنة ١٩٥٠ the Roltr incomplete sentences blank[١] .

ويقدم مرشداً لترقيم coding الإستجابات ، كإستجابات صحية ، أو محايدة أو إيجابية ، أو غير صحية . وهناك معطيات معيارية حصل عليها من جماعات الطلاب الجامعيين . ويمكن أن يستخدم هذا الإختبار لغربلة الأشخاص الذين يظهر عليهم مشكلات خاصة بالتكيف .

وهناك أنواع أخرى من إختبارات تكملة الجمل حللت في ضوء محتوى الإستجابات بطريقة تشبه طريقة تحليل إختبار تفهم الموضوع حيث تدل الإستجابات على المشاهدة والإتجاهات وردود الفعل للناس والأشياء أكثر من الكشف عن بناء الشخصية أو ديناميتها . مثل هذه الاختبارات تستخدم بسهولة بصورة جماعية ولكنها تتطلب قدرة على القراءة مما يحدد عدد الأشخاص الذين يمكن تطبيقها عليهم ، ولكن طبيعة الجمل تبدو واضحة للمفحوص ، ولذلك فإنه يستطيع أن يخفي نفسه وأن يحجم عن التعبير عنها إذا أراد ذلك[٢] .

على كل حال كلما كانت عملية تقويم شخصية العميل شاملة كلما أفاد ذلك في علاجه وتوجيهه ، ولذلك الوضع المثالي أن يقاس ذكاؤه وقدراته وميوله واهتماماته وإستعداداته وخلقه ومظاهر تكيفه وإتجاهاته وعلاقاته الاجتماعية وللحصول على هذا التقويم الشامل يمكن أن نتعرف على ما يقوله العميل عن نفسه وما يقوله عنه الآخرون كالآباء والأمهات والمعلمين والمعلمات والأصدقاء

---

(١) Thorndike op. cit.
(٢) Thorndike, R.L., and Hagen, E., Measurement and Evaluation in Psychology and Education, Third Ed. John Wiley and Sons. N. York 1969.

كما يمكن ملاحظة سلوكه الفعلي في بعض المواقف المقننة .

المقابلة : *Interview*

المقابلة عبارة عن موقف محادثة بين إثنين هما العميل والمعالج في حالة العلاج النفسي يوجه فيها بعض الأسئلة للعميل ، ومن الممكن أن تكون الأسئلة مضبوطة ومصممة ومقننة . وقد تكون الأسئلة والأجوبة المحتملة أيضاً مضبوطة ، وقد تكون حرة طليقة في أسئلتها وأجوبتها . والمعروف أن المقابلة الحرة هي التي تسير حسب منهج الإرشاد النفسي غير التوجيهي الذي ابتكره كارل روجرز ، حيث لا تعد الأسئلة من قبل ، ولا يعرف المعالج الأجوبة المحتملة للعميل .

وفي هذا مرونة تكييف الأسئلة لتلائم حالة معينة ، ولكن هذا المنهج ضعيف في حالة مقارنة أفراد المجموعات الكبيرة التي نطبق عليها المقابلة . وقد نفقد معلومات مهمة لأن المريض لم يتطرق إليها في انسياب حديثه . ولذلك يحصل باحث ما على صورة قد تختلف عن الصورة التي يحصل عليها زميله من مقابلة شخص واحد بعينه ، والوضع المثالي للمقابلة هو الاحتفاظ بكل من المرونة flexibility والإتساق أو التوحيد uniformity ، بحيث يمكن مقارنة الأفراد ويمكن الحصول على المعلومات التي يريد الباحث الحصول عليها ، وتلك التي يريد أن يرويها العميل دون الغوص في تفاصيل كثيرة ليست ذات أهمية .

ومن بين الإتجاهات التي استغلت لتحقيق هذه الغاية تصميم عدة أنماط أو نماذج من المقابلة تشمل عدة موضوعات بطريقة منظمة ، ولكن ليس بنفس الترتيب ، وليست بنفس التفاصيل . ويمكن إختبار النموذج الملائم للمريض الملائم . وفي هذا المنهج يتوفر نوع من البناء والضبط والتصميم في وضع الأسئلة بينما تترك الحرية مطلقة للعميل للتعبير عن استجابته .

كذلك يمكن أن يقوم بتطبيق هذه الصورة عدد من الأخصائيين على نفس

الشخص ثم اعتماد المعلومات الواردة عندهم جميعاً . وبذلك نقلل من تحيز أو تعصب الباحث الفرد .

ولكن المقابلة منهج تشوبه الذاتية ويعتمد النجاح فيه على خبرة الباحث وكفاءته . كذلك فهو منهج يستهلك وقتاً طويلاً باعتباره منهجاً فردياً حيث تجري المقابلة للمرضى أو العملاء فرادى .

ومن وسائل جمع المعلومات أيضاً استمارة تاريخ الحياة .

استمارة تاريخ الحياة the biographical data blant يمكن عن طريقها الحصول على معلومات وحقائق عن الآتي :

١ ـ تاريخ الفرد وماضيه .
٢ ـ تاريخ ومكان الميلاد .
٣ ـ درجة ونوع التعليم ومقدار النجاح فيه .
٤ ـ طبيعة الوظائف السابقة ومدى استمرار كل منها .
٥ ـ نوع الهوايات .
٦ ـ المهارات الخاصة .
٧ ـ الحالة الاجتماعية وعدد الأطفال .
٨ ـ مقدار الدخل .
٩ ـ محل السكن .

ويمكن أن يقوم الفرد نفسه بملء هذه الاستمارة ، ولكن بياناته قد تكون غير دقيقة في بعض الجوانب . والصعوبة في استخدام مثل هذه الإستجابات هي نقص الاتصال المباشر ، واحتمال حدوث سوء الفهم سواء في تفسير العميل للأسئلة أو في تفسير المعالج لاستجاباته ، فما دام يوجد اتصال شفهي لا يمكن توضيح وإزالة سوء الفهم ، ولذلك من المفضل أن يلحق تطبيق الاستمارة بمقابلة يجريها الباحث مع العميل لتوضيح أي غموض في الاستجابة أو أي

صعوبة في فهم المفردات أو للحصول على مزيد من المعلومات ، ولكن المعطيات التي يعطيها الفرد قد تتأثر بعوامل الترغيب الإجتماعي أو النفسي desirability بمعنى أن يظهر الفرد نفسه بالمظهر المرغوب اجتماعياً وخلقياً .

الملاحظة : *Observation*

في الإختبارات الموقفية situational tests هناك موقف معين محدد مقصود . أما الملاحظة فيمكن أن تجري على السلوك العادي الطبيعي اليومي للفرد ولكن مواقف الحياة العادية ليست موحدة عند جميع الأشخاص ، إنها تختلف من فرد إلى آخر . كذلك فإن المواقف العادية ليس من الضروري أن تستعرض نوع السلوك الذي نرغب نحن قياسه . ولكن إتسام الموقف بالظروف الطبيعية العادية يجعل الملاحظة أسلوباً مغرياً بالنسبة لنا .

بالطبع نحن نلاحظ سلوك الناس الذين نرتبط بهم في كل يوم ، فنلاحظ ما يفعلونه ونستجيب لذلك ، وبالطبع أيضاً إنطباعاتنا عن الآخرين تتكون دائماً ويعاد تكوينها وتعديلها عن طريق ملاحظاتنا لهم . ولكن هذه الملاحظات سطحية وغير منظمة وعرضية وغير موجهة . أما إذا طلب منا أن ندلل من مواقع الملاحظة الفعلية عما إذا كان « محمود » مثلاً قائداً في جماعته أو أن زيداً ذا شخصية مستقلة ، فإن لدينا الآن ما يحدد اتجاه ملاحظاتنا .

وعلى ذلك فإن الملاحظة لا بد أن تكون منظمة وموجهة ومنسقة حتى تعطي معطيات ثابتة عن سلوك الفرد .

يجب أن يعمل الملاحظ كآلة تسجيل محايدة[١] وموضوعية بحيث يقدم تسجيلاً للواقع كما هو . وقد تشمل الملاحظة السلوك العدواني أو المرضي أو الاتصالات الاجتماعية أو الإيحاء . فالملاحظ كآلة الكاميرا المرنة المتعددة الجوانب والطليقة الحرة المتحركة . أما في حالة استخدام مقاييس التقدير فإن المقدر يحكم ويقدر ويزن ويختار ويفسر جوانب من السلوك تمت ملاحظتها .

(١) Thorndike, R.L., and Hagen, E., op.cit.

ولقد إتسعت دائرة استخدام الملاحظة مع الأطفال الصغار ، ذلك لأن الطفل الصغير لم يكون بعد تلك الأقنعة والأغطية التي يخفي تحتها نفسه عن نظر الغير ومن ناحية أخرى فهو ما زال غير قادر على أن يروي الكثير عن نفسه بالألفاظ .

خطوات إجراء الملاحظة :

كثير من الدراسات الأولية التي تناولت الأطفال الصغار قام بها بعض علماء النفس على طفل أو اثنين من أبنائهم . ولقد قدم هذا الأسلوب خلفية وصفية لفهم الطفل الصغير ، ولكنها خلفية كيفية وغير دقيقة . إنما البحث الجاد على الطفل الصغير الذي يستهدف معرفة تأثير بيئة ما قبل المدرسة ، أو خبرات الطفولة المبكرة يتطلب أن نعرف أن الطفل يبدي السلبية أو النفيية والمقاومة negative and resistance إنما القياس الدقيق يتطلب بيان الكمية quantity إلى جانب الكيفية quality . وينبغي أن تكون موضوعية وثابتة objective and reliable . ولتحقيق ذلك أي الموضوعية والدقة والثبات ينبغي إتباع الخطوات الآتية :

١ ـ تحديد جانب السلوك المرغوب في ملاحظته بحيث يعرف الملاحظ ما الذي يبحث عنه . فهناك في أي موقف كثير من التفاصيل التي تحدث ولا بد من حذف أجزاء منها .

أننا لا نستطيع أن نلاحظ كل شيء يحدث ، كما لا نستطيع أن نسجل كل شيء نلاحظه ، لذلك ينبغي أن نختار جوانب أو أنواع معينة من السلوك ثم نلاحظها فقد نقصر ملاحظتنا على السلوك العدواني مثلاً .

وفي مواقف أخرى قد نهتم بملاحظة السلوك التعاوني والنشاط الاستقلالي والمبادأة في أي جماعة من الأفراد .

٢ ـ وتتمثل الخطوة الثانية في تعريف أنماط السلوك التي تقع في دائرة فئة السلوك المطلوب ملاحظتها . فإذا تركنا المسألة طليقة أمام عدد من الملاحظين

الذين كلفناهم بملاحظة الأفعال العدوانية أو السلوك العصبي في أطفال ما قبل المدرسة الابتدائية مثلا فسوف نلاحظ كثيراً من مظاهر عدم الاتفاق في الملاحظات التي يعملونها . لذلك فإن فئات السلوك يجب أن تحدد وتعرف بدقة . ينبغي أن نصطبغ بالصبغة « السلوكية » لكي نحصل على الاتفاق بين الملاحظين . ما الذي نقصده بالضبط بالفعل العدواني وما الذي نعنيه بالعادة العصبية . فهل نقصد أن نضم السب والقذف في المثال الأول ، وهل يتضمن النوع الثاني مجرد قلق أو تململ الطفل في مقعده ؟

إننا ينبغي أن ننمي القدرة على الحصول على المعطيات وتفسيرها ، كما ينبغي أن ننمي مهارات في القياس باستخدام مؤشرات وعمل الإستنتاجات كما ينبغي أن نترجم المقصود بالأفعال العدوانية aggressive acts نترجمها إلى الضرب والركل والعض والدفع والسب والإغتصاب أو الخطف . فلا بد من الاتفاق حول ما ينبغي أن نجمعه من معطيات .

٣ ـ تدريب الملاحظين : على الرغم من التعريف الدقيق لطائفة السلوك المطلوب ملاحظتها إلا أن هناك إختلافات تنشأ بين الملاحظين . بعض هذه الخلافات لا يمكن تجنبها لأنها ناتجة من تذبذب الإنتباه أو تغييرات في التصحيح ولكن اختلافات أخرى يمكن حذفها عن طريق تدريب الملاحظين . ومن بين الوسائل الممكنة عقد جلسات تدريبية حيث يقوم عدد من الملاحظين بتسجيل نفس العينة من السلوك ، ثم يقومون بمقارنة معلوماتهم ومناقشة أوجه الاختلاف ويقللون من الاختلافات ، وبذلك نحصل على نوع من الوحدة أو التوحيد . كذلك يمكن عقد جلسات للتدريب حيث يلاحظهم ملاحظ قديم ينتقدهم ويوجه لهم النصح والإرشاد . ويساعد هذا في توفير الوحدة في التفسير وتوحيد معايير تطبيق الفئات السلوكية .

٤ ـ تكميم الملاحظة quantifying observations :

تتخذ عملية التكميم ، أي التعبير الكمي عن السلوك الملاحظ ، تتخذ شكل

العد أو الإحصاء، فقد نعد المرات التى يسلك فيها الطفل سلوكاً عدوانياً «أو نحصي عدد إتصالاته الاجتماعية ، وذلك خلال فترة الملاحظة ، ولكن هنا صعوبة في تحديد متى يبدأ ومتى ينتهي سلوك معين» ويبدأ السلوك الثاني فعندما يصفع «عتريس بسيوني ويركله» فهل هذا حدث عدواني واحد أم اثنين ؟

فإذا إنسابت الأفعال من واحد إلى آخر فإن مسألة تحديد كل فعل على حدة تصبح مسألة صعبة .

إحدى الوسائل الناجحة تتمثل في تجزئة الفترة المخصصة إلى أجزاء قصيرة قد تصل إلى نصف دقيقة وتنحصر الملاحظة عندئذ في مجرد معرفة حدوث أو عدم حدوث نوع معين من السلوك في كل جزء من أجزاء المقابلة . وعلى ذلك فقد نلاحظ كل طفل مثلاً عشر ملاحظات مدة كل منها خمس دقائق تتم كل ملاحظة في يوم معين مختلف ، بل إن فترة الخمس دقائق نفسها يمكن أن يعاد تقسيمها إلى عشر ملاحظات مدى كل منها نصف دقيقة ثم نلاحظ في كل نصف دقيقة أي من أنواع السلوك التي تندرج تحت فئة السلوك العدواني ، وعلى ذلك نعطي لكل طفل درجة معينة في مدى مطلق سعته من صفر إلى مائة يعبر عن الفترات التي قام فيها بأفعال عدوانية . وتصبح هذه الدرجات قائمة على عدد من العينات القصيرة من السلوك الملاحظ مثل هذه الطريقة وجدها أولسن Olson تعطي معامل إرتباط قدره ٠,٨٧ وفي عشرين ملاحظة مدى كل منها خمس دقائق(١) .

٥ ـ تحديد إجراء يسهل عملية التسجيل :

للحصول على معطيات دقيقة من الملاحظ ينبغي وضع نظام سهل للتسجيل المباشر والسريع للسلوك وذلك لمنع تأثير الإنتقائية وعامل الذاكرة والتحيز في تسجيل الأحداث . ولذلك لا بد من التسجيل المباشر ولا يفيد الإعتماد على الذاكرة لذلك يسجل السلوك في حال وقوعه .

(١) Thorndike, R.L., and Hagen, E. op. cit.

ومن الوسائل المستعملة لتسهيل التسجيل إستخدام رموز أو أرقام منظمة تحل محل فئات السلوك المختلفة كأن نشير إلى أنواع السلوك العدواني الاتية بالرموز المقابلة :

١ ـ الضرب = (ض)
٢ ـ الدفع = (د)
٣ ـ الإغتصاب = (غ)
٤ ـ السب = (س)
٥ ـ الركل = (ر)
٦ ـ العض = (ع)
٧ ـ التدمير = (ت)

ويمكن تزويد الملاحظ بإستمارة بيضاء فيها أجزاء زمن الملاحظة حيث يمكن عمل الرموز بسرعة في أثناء السلوك وإذا كان الملاحظ متمرناً على الكتابة بالإختزال فإنه يستطيع أن يجمع بعض المذكرات حول الملاحظة وبعدها يمكن ترميزها coding . وإذا توافرت الإمكانيات المادية للبحث أمكن عمل تسجيلات صوتية وتصورية للملاحظات بصورة متكاملة ، ويمكن تحليل هذه الصور وتلك الشرائط والأفلام فيما بعد[١] .

التقويم الاجتماعي :

إننا لا نهتم فقط بديناميات المريض الشخصية ، ولكننا نهتم أيضاً بمواقف حياته الكلية ، كيف كانت الضغوط ، وكيف كانت ردود فعله عليها في الماضي ، وكيف كيف نفسه لها ، وكيف أصبحت ردود فعله الآن ؟

وهنا لا بد من الإهتمام بحياة المريض الأسرية الحاضرة والماضية ، وتكيفه الإجتماعي والمهني والعائلي ، فلا بد أن نعرف إذا كان قد مر بزواج سعيد أو

(١) Thorndike R.L. and Hagen, E. op. cit.

طلاق أو إنفصال ، أو أنه يعاني من عدم الرضا عن مهنته ، أو كانت له علاقات سيئة بوالديه ، أو أنه عضو جماعة من جماعات الأقلية ، أو أن تعليمه قد تعرقل ، أو أنه يعيش في منطقة شعبية فقيرة الخ. ولكل هذه العوامل أهمية في نشأة المرض أو الاضطراب ونقص هذه المعطيات الإجتماعية حول موقف حياة المريض العامة يؤدي إلى فهم ناقص لاضطرابه[1] . وقد يعوق ذلك وضع خطة فعالة للعلاج . ولذلك ينبغي أن يزور الأخصائي الاجتماعي في الطب العقلي أسرة المريض ، وأن يتحدث إلى أعضائها .

والحالة الآتية توضح دور العوامل الإجتماعية في نشأة الإضطراب النفسي وهي حالة فتاة في سن الثالثة والعشرين من عمرها أصيبت بعادة إدمان الكحول :

كانت أمها شخصية متسلطة في الأسرة ، فكانت تحكمها بيد من حديد ، فقد تزوجت من زوجها لا لشخصه وإنما لماله ، ذلك الذي فقده فيما بعد ، ومنذ ذلك التاريخ أصبحت هي التي تعول الأسرة ، وكانت تشعر بالاحتقار نحوه . وكانت ترفض النوم معه أو معاشرته . ولقد نقلت هذه الأم عاطفتها إلى إبنتها ففرضت عليها سياجاً قوياً من الحماية الزائدة وسيطرت عليها ، وأسقطت عليها طموحها الشخصي الذي يمثل اشباع دوافعها المحبطة وآمالها التي فشلت في تحقيقها . وكانت تصنع لإبنتها ملابسها بنفسها محاولة أن تجعل منها « تحفة رائعة » ، وكانت نقادة إلى درجة الغيرة الحقيقية لكل الشباب الصغار الذين أبدوا إعجاباً بإبنتها . وجعلت الموقف سيئاً بالنسبة لهم حتى ولوا الأدبار . والشخص الوحيد الذي قبلته لإبنتها هو الشاب « سامي » إبن أحد الأثرياء الكبار ، ومن أسرة لها بريق اجتماعي ، ولكنه شخص سلبي وضعيف جداً ويشبه زوجها في كثير من الجوانب . أما الفتاة فلم تكن تستطيع أن تتقبل « هذا الزميل » أو تحتمله ، ولكنها تحت إصرار أمها كانت تخرج معه . ولقد كان يهوى

(١) Coleman J.C., op. cit.

الشرب بغزارة . وعن طريق ارتباطها به بدأت هي الشرب منذ عامين ماضيين . وفي خلال الستة أشهر الماضية كانت أمها تمارس ضغطاً شديداً عليها لكي تتزوج من « سامي » وكانت تذكرها بكل ما فعلته من أجلها ، وتقول أنها في طريقها للموت بسبب مرض السرطان . أو ربما كان ذلك غير صحيح ، وأن أقل ما يمكن أن تفعله هذه الفتاة من أجل أمها هو أن تتزوج « الشخص المناسب » . ولقد لجأت الفتاة لأبيها طلباً للمساعدة والعون ، ولكنه كان معتمداً كلياً على أمها ، واقترح عليها أنه من الأفضل أن تفعل ما تقوله لها أمها .

ولم تستطع الأم أن تفهم إفراط إبنتها في الشرب ولكنها تشعر أنها قد خذلتها ، وكانت دائماً تذكر إبنتها بذلك[1] .

المعطيات التاريخية :

من الأهمية أن نجمع معلومات عن تاريخ أسرة المريض ، تاريخها التعليمي والمهني والإجتماعي ، وخاصة تاريخ مرض الصرع أو الأمراض العقلية وغير ذلك من الأمراض المزمنة . وربما يفيد هذا في تشخيص المرض مضافاً إلى ذلك أي معلومات عن الجنس ومحل الميلاد ، وكذلك المعايير الإجتماعية للأسرة .

تكامل المعطيات التشخيصية :

ينبغي أن تقيم ، وأن تتكامل جميع المعطيات التي يتم الحصول عليها من المصادر المختلفة وبالطرق المتباينة ، وذلك في أثناء مؤتمر العاملين الذي يحضره كل من الطبيب العقلي وأخصائي علم النفس الإكلينيكي ، والأخصائي الإجتماعي العقلي والممرض وغيرهم ممن يهتمون برعاية المريض . ويمكن معرفة إلى أي مدى تتفق أو تختلف تلك الاكتشافات ، وإلى أي مدى يكمل بعضها البعض أو ما إذا كان هناك من تناقضات تحتاج إلى مزيد من البحث . وبعد.

(١) Coleman, J.C., op. cit.

ذلك يمكن وضع تصنيف أو لافتة تشخيصية على المريض ، ووضع خطة متكاملة متناسقة للعلاج ثم تسجيل جميع التوصيات التي حصل عليها كل عضو ، وكذلك التوصيات المشتركة توضع في ملف المريض حيث يمكن الرجوع إليها دائماً ، وللتأكد من صدق هذا التشخيص الأولي وصحته ودقته ومن نجاح التوصيات .

وعن هذا الطريق يمكن مراجعة النظرية الإكلينيكية على النتائج الحقيقية . وعلى الرغم من أن التشخيص يتم في بداية دخول المريض للمستشفى ، إلا أنه لا بد من إجراء الفحوص الطبية الروتينية أو الدورية لإكتشاف أي مرض مبكراً ، وللتأكد من الصحة الفيزيقية ، وبالمثل يمكن إستخدام الإختبارات النفسية بصورة دورية لإكتشاف أي تغير يطرأ على الشخصية ، ولمعرفة ما يطرأ عليها من تحسن أو شفاء أو تقدم . كذلك تستخدم هذه الإختبارات قبل وبعد الصدمات الكهربائية أو بعد الجراحة النفسية لتقويم أثر هذه المعالجات على الوظائف العقلية للمريض وعلى تكوين شخصيته . وعلى ذلك فإن أدواتنا التشخيصية هي عيوننا التي نرى بها المرض العقلي وكيفية حدوث الشفاء ومدى فاعلية كل نوع من أنواع العلاج . ولا يفوتنا أن نشير إلى إمكان الحصول على كثير من المعطيات التشخيصية في مجرى عمليات العلاج ، ويمكن الإستفادة من هذه المعطيات في تعديل أو تنقيح التشخيص[١] .

(١) Coleman, K.C., op. cit.

الفصل الرابع

الحياة في العيادات والمستشفيات العقلية الحديثة

تختلف المستشفى الحديثة عن المستشفى التقليدية في مظاهر النشاط ، وفي أسلوب معاملة المرضى ، وفي كم وكيف ما تقدم لهم من رعاية . إنها توفر لهم جواً ودياً مشجعاً ، مع توفير مجالات واسعة من النشاط التي تضمن للمرضى أقصى درجة ممكنة من الصحة العقلية ، ففي المستشفى الحديث لا يوجد وقت للفراغ أو البطالة حيث توجد مناشط مثيرة في جو جذاب .

من خلال هذا يخرج الإنفعال والتوتر ، وفي حمامات السباحة مثلاً ، فرصة للعلاج بالماء مع النشاط الترويحي . ويوجد بها مقاعد مريحة ، وحجرات مجهزة تجهيزاً ممتازاً ، وكتب للقراءة من مختلف الألوان .

وفي المستشفى الحديث تهيأ أساليب العلاج طبقاً لحاجات كل مريض ، فالمرضى المتهيجين يتناولون المسكنات والعلاج بالماء ، ومرضى الإكتئاب يأخذون العلاج بالصدمات الكهربائية ، ومرضى الفصام يأخذون صدمات الأنسولين .

وتشمل خطة علاج المريض حياته اليومية منذ أن يستيقظ من نومه حتى يذهب للنوم مرة أخرى . كما يشجع المريض على الإهتمام بشفاء نفسه ، والوصول إلى بر السواء ويتلقى المريض معالجة لمدة ساعة خمسة أيام في الأسبوع

إلى جانب إشتراكة المحتمل في جماعة العلاج الجماعي لمدة ساعة ونصف الساعة مرتين في الأسبوع أو أكثر . كذلك تقدم المستشفى لمن يرغب وتسمح له حالته العلاج عن طريق العمل ، والعلاج عن طريق الموسيقى ، إلى جانب الدروس المدرسية الرسمية التي تقود للحصول على بعض الشهادات . كذلك تشجع المستشفى بعض المناشط الجماعية كلعب الكرة الطائرة ، أو كرة اليد ، وعلاوة على ذلك هناك عروض سينمائية جيدة .

كما تبذل الجهود لتوفير مواقف حياة متكاملة تنمي الإهتمامات والمهارات والإتجاهات الصحية التي تجعل المريض يستطيع تحمل صعوبات الحياة الحديثة ، والتي تساعد المرضى المنسحبين والخائفين على إعادة الشعور بالثقة في أنفسهم .

وهكذا يشترك المريض في كثير من المناشط الإيجابية البناءة ، كالعلاج عن طريق الفنون الجميلة والإشتراك في حلقات الرقص ولعب المباريات والأغاني والأناشيد والمناشط الرياضية المختلفة وإقامة حفلات السمر والقيام بالرحلات وكتابة الصحف والمجلات الحائطية وغيرها من المناشط التوجيهية .

ربما من المفيد أن نلخص هنا ما يحدث للمرضى داخل المستشفيات والعيادات النفسية ، مع العلم أنه لا يوجد إتفاق بين مستشفى وآخر . وهناك مستشفيات حديثة وأخرى قديمة في أساليبها .

معظم المرضى يعانون من الهبوط والإكتئاب أكثر من معاناتهم من الثورة والعدوان ، ولذلك فمهمة المستشفى في إثارتهم أكثر من قمعهم أو تقييدهم ويبدو المرضى في داخل المستشفى كما لو كانوا أناساً عاديين يدركون حالتهم . ومن الخطأ الإعتقاد أنهم شواذ أو بلهاء أو حيوانات أو جمادات ، وإنما هم في الحقيقة إناس . ومن المعروف أن الخط الفاصل بين السواء والشذوذ خط مائع وليس حاسماً .

أولاً : الدخول *Admission*

على الرغم من أن بعض المرضى يعتبرون أنفسهم قد سجنوا أو حبسوا في

المستشفى العقلي إنما في الواقع الحصول على مكان في المستشفى العقلي مسألة صعبة أكثر من الخروج منها . والعيادات الخصوصية تتقاضى نفقات باهظة ، وبذلك لا يتمتع بها إلا القليل . والمستشفيات العامة مزدحمة جداً لدرجة أنها تتمنى إخراج المرضى بأسرع ما يمكن . وفي الولايات المتحدة الأمريكية لوضع مريض في أحد المستشفيات العقلية رغم أنفه يلزم الحصول على شهادة من طبيبين بأنه خطير على نفسه وعلى الآخرين . ولكن معظم المرضى العقليين ليسوا خطرين فيما عدا عجزهم عن العناية بأنفسهم ، والذين سوف يعانون إذا تركوا وحدهم في المجتمع . وبعد دخول المريض للمستشفى يصبح من حق الطبيب إخراجه في أي وقت يرى أن حالته تسمح بذلك .

وهناك طريقة أخرى للدخول بأن يطلب المريض نفسه وبإرادته الإقامة في المستشفى ويستطيع أن يخرج بناء على رغبته هو أو بناء على إلحاح أقاربه حتى ضد المصلحة الطبية . عند دخول المريض المستشفى الحديثة يقابله الأطباء والممرضون الذين يقومون بفحصه والكشف عن حالته الصحية والعقلية حيث يأخذ ضغطه ويكشف على قلبه ودرجة حرارته ، وتؤخذ منه ممتلكاته الشخصية وملابسه للإحتفاظ بها ، ثم يستحم وتهندم ملابسه ويتم الحصول على المعلومات الإجتماعية من الأقارب المصاحبين له في هذا الوقت ثم يوضع في عنبر معين ويخضع لنوع من التقويم التشخصي الكامل diagnostic evaluation .

٢ ـ الخطوة الثانية بعد دخول المريض للمستشفى هي عملية التقويم التشخيصي ، من الناحية المثالية فإن المريض يخضع بأسرع ما يمكن لفحص نفسي وطبي ، وفي المستشفيات المعدة إعداداً كاملاً تستغرق هذه العملية عدة أيام حيث يقاس ضغط دم المريض ، وعمليات الأيض القاعدي أو التمثيل الغذائي القاعدي ، ويتم فحص القلب وأخذ صورة أشعة أكس لتشخيص حالته ، وكذلك تطبق كثير من الإختبارات النفسية . ثم يضاف إلى هذه المعلومات المعطيات المستمدة من الأخصائي الإجتماعي ، ثم يتم تكاملها

وتفاعلها عندما يخضع المريض « لمؤتمر الحالة » أو مؤتمر العاملين بالمستشفى staff conference وهنا توضع خطة متكاملة متناسقة للعلاج .

٣ ـ الخطوة الثالثة هي علاج المريض therapy وهي تعتمد على الإمكانيات المادية والبشرية المناسبة في المستشفى العقلي وعلى إحتياجات المريض المعين . فقد تتضمن مزيجاً لأنواع متعددة من العلاج النفسي والإجتماعي .

وإذا سمحت حالة المريض يعطى إجازة لقضاء عطلة نهاية الأسبوع مع أسرته ، أو يعطى إجازة لفترات أطول . أما الحالات الصعبة فإنها تبقى في المستشفى .

٤ ـ الخطوة الرابعة ، هي الخروج Discharge :

يتم الخروج بالنسبة لمعظم المرضى بعد الشفاء أو التحسن . وعلى الرغم أن الأطباء يرغبون في بقاء المريض في المستشفى حتى يتم شفاؤه نهائياً إلا أن معظم المرضى يخرجون بمجرد إحساسهم أنهم ليسوا في حاجة إلى مساعدة المستشفى[١] .

(١) Coleman, J. C., op. cit., p. 586.

الفصل الخامس

الأساليب العلاجية

هذه الأساليب ، كما سبق القول ، يمكن دمجها أو مزجها وإستخدام ما تتطلبه حالة المريض منها حسب شدة المرض أو بساطته .

ما هي الوسائل التي يستخدمها المعالج لتحقيق أهدافه وكيف يوجه المحادثة عبر القنوات العلاجية . وكيف يحقق الراحة الإنفعالية وينمي بصيرة المريض ويعيد تعلمه إنفعالياً ؟

يلجأ المعالج لإستخدام عدة وسائل منها التفسير والتداعي الحر وما إلى ذلك .

الإنعكاس فقد يعكس المحلل عبارات المريض (reflection) لمساعدة المريض في توضيح مشاعره وإتجاهاته ، ويتطلب ذلك أن يعيد المعالج إتجاهات المريض ومشاعره التي يعبر عنها في الجلسة . وكأن المعالج يمثل نوعاً من المرآة التي تعكس أو تزداد عبارات المريض بحيث يرى المريض مشاعره وإتجاهاته منعكسة في هذه المرآة فيراها على حقيقتها . ولكن هذا المنهج ليس سهلاً أنه يحتاج إلى التمييز بين مشاعر المريض الحقيقية وغير الحقيقية ، فلا ينبغي أن يكرر العبارات التي يقولها المريض على سبيل الخطأ لأن ذلك يجعله يشعر أنه يساء فهمه ، ومن ثم يعكف عن التعاون ويكف عن مواصلة العلاج .

والمثال الآتي مقتبس من مقابلة تعرض فكرة الإنعكاس في توضيح إتجاهات المريض ومشاعره وتوضيح مهارة المعالج وسعة أفقه في التقاط ما ينبغي إعادته أو إنعكاسه :

المريض : إن متاعبي الأساسية تبدو في زواجي . إن زوجتي مدمنة خمور سابقة ، إنني عرفت ذلك عندما تزوجتها ، ولكني أعتقد أنني لم أدرك تماماً ما الذي يعنيه الإدمان حقيقة .

الطبيب : أنت توقعت بعض الصعاب ولكنك تشعر أنها أكثر مما راهنت عليه .

المريض : نعم إنها لا تعتني بالمنزل ، وعندما أعود إلى المنزل أجدها خارجة في الحانة المحلية . منذ أن تزوجتها لم تسكر ولكنها مستمرة فقط في الشرب . عندما يعود المرء للمنزل بعد العمل وزوجته ليست في المنزل وعشاؤه غير معد فإن ذلك يجعله مجنوناً .

المعالج : أنت تشعر أنها تهمل واجباتها كزوجة ، وأن هذا يجعلك تشعر بالحنق .

المريض : بالضبط أنني أصبح مجنوناً أحياناً لدرجة أنني أرغب في الإنفجار ، أو في أن أنهال عليها ضرباً .

التفسير :

يتكون هنا الأسلوب من إشارة المعالج للمريض عن الدوافع والإتجاهات وعن طبيعتها وجوهرها كما ظهرت في مجرى العلاج .

والتفسير أصعب المناهج العلاجية لأن التفسير الغير ناضج أو التفسير الجارح أو المبكر جداً قد يسد الطريق أمام مزيد من التقدم .

على سبيل المثال قد يقتنع المعالج منذ الجلسة الأولى أن صراعات المريض

تثيرها نزعات أمه في السيطرة والتملك ، ولكنه إذا أبدى في هذه المرحلة مثل هذا التفسير فالأكثر إحتمالاً أن يرفضه المريض ، وأن يصر على أن أمه إمرأة « رائعة » وأن مشاعره نحوها مفعمة بالحب فقط . وعلى ذلك فالتفسيرات يجب أن تعمل في وقتها المناسب ، بمعنى أن تتم عندما يصبح المريض مستعداً لقبولها والإفادة منها بمزيد من الإستبصار والفهم . عندما يحسن توقيت التفسيرات يتم إسترخاء دفاع الذات relaxing of ego defense .

ومن الأخطاء الشائعة في عملية التفسير الإعتقاد بأن الإستبصار الفعلي لمشاكلنا يقود أوتوماتيكياً لتغيير إنفعالاتنا وإتجاهاتنا وسلوكنا بمعنى أنه ما أن يفهم المريض أسباب صراعه حتى يعدل إرادياً سلوكه - هناك فرق بين الوعي العقلي المنطقي وبين الحياة الإنفعالية ، ولا ينبغي أن يتعجل المعالج بإعطاء التفسيرات بل عليه أن يقيد نفسه ويتحكم في عواطفه . إن الفهم العقلي المنطقي على الرغم من صحته لا يحل مشكلة المريض .

إن الشرح العقلي المنطقي لا يحل وحده المشكلة ، فلنفرض أنك أثناء تناول طبق الحساء الساخن وجدت عدداً من الباعوض تسبح فيه ، ولنفرض أن الطاهي حضر وشرح لك أن هذه الباعوضات غسلت وطهرت قبل طهيها جيداً بحيث أصبحت لا تنقل أي جراثيم ولا تنقل أي عدوى ، فعلى الرغم من أن الشرح العقلي المنطقي هو واقعي ودقيق إلا أن الإنفعال السلبي نحو الباعوض والحساء سوف يستمر[1] .

كذلك فإن التفسيرات العقلية جداً مثلها مثل التفسيرات الغير ناضجة أو المبكرة أزيد من اللازم تعوق أكثر من أن تسهل التقدم في العلاج . ولذلك يركز العلاج الحديث على مساعدة المريض لكي يفسر بنفسه ، وأن يدرك بنفسه ، وأن يوضح بنفسه ، وأن يقبل مشاعره .

---

(١) Coleman, J.C., op. cit., p. 548.

التوجيه وغير التوجيه في العلاج :

هناك فروق فردية واسعة بين سيكولوجي وآخر من أرباب نفس المدرسة الواحدة . وهناك كثير من مظاهر المرونة بحيث تتفق أساليب العلاج مع حاجات المريض وظروفه .

من أهم هذه الاتجاهات العلاج النفسي المتمركز حول المريض أو العلاج النفسي غير التوجيهي (.client- cenlered (non- directive psychotherapy الذي يضع مسئولية العلاج وتوجيهه ونتائجه على العميل وليس على المعالج ، مستنداً في ذلك على وجود دافع عند الفرد نحو التكيف والنمو والصحة ، ذلك الدافع الذي هددته الصراعات والسدود الإنفعالية . ولذلك يستهدف العلاج إزالة هذه السدود الإنفعالية وتحرير الفرد للوصول إلى نمو الشخصية الطبيعي . ولذلك فإن هذا المنهج يستخدم مع المرضى المتزنين إتزاناً معقولاً والذين يتمتعون بقدر معقول من الذكاء .

وتسير عملية العلاج في خمس خطوات يحددها روجرز على النحو الآتي :

١ ـ رغبة المريض في الشفاء وسعيه للحصول على المساعدة ، ولذلك فهو يأتي طواعية وإختياراً مستهدفاً الحصول على حل لمشكلاته . ولذلك فهذا النمط من العلاج أكثر نجاحاً عندما يعاني المريض من الضيق والألم الذي يدفعه لإتخاذ موقف إيجابي في الحصول على المساعدة .

وفي خلال المقابلة الأولى يشرح المعالج للعميل أن دوره ينحصر في توفير الجو الذي يساعد المريض على حل مشاكله بمساعدة المعالج .

٢ ـ التعبير عن المشاعر :

عن طريق توفير جو التسامح والقبول يشجع المعالج العميل لكي يعبر تعبيراً حراً عن مشاعره ، وهنا تخرج المشاعر السلبية والعدوانية التي كانت حبيسة في داخل المريض ، تخرج في العلن . وعندما تطفو على السطح مشاعر

العميل العدوانية والسلبية ، على المعالج أن يتقبلها وأن يتعرف عليها وأن يوضحها ، ويساعد المريض على تقبلها كجزء من طبيعته بدلاً من قمعها أو إخفائها في داخله . وبخروج هذه الإنفعالات السلبية يحل محلها إنفعالات إيجابية ، وبالتالي يصبح على المعالج أن يتعرف عليها وأن يقبلها وأن يوضحها دون مدح أو ذم .

٣ ـ نمو الاستبصار :

يؤدي التعرف المتزايد والقبول للذات إلى نمو الإستبصار أو الفهم كما لو كان المريض قد خلع عن عينيه ذلك المنظار الملون الذي كان ينظر به إلى الأشياء ، وهنا يستطيع العميل أن يرى نفسه ويرى البيئة بمنظار أكثر واقعية . ومن عناصر الإستبصار التعرف والقبول الإنفعالي لرغبات الذات والفهم الواضح لأسباب السلوك والمفاهيم الجديدة لمواقف الحياة حيث تفسر الحقائق القديمة في ضوء جديد مع توضيح للقرارات التي ينبغي إتخاذها وخطوات العمل التي ينبغي القيام بها .

٤ ـ الخطوات الايجابية :

بعد نمو الإستبصار يأتي توضيح القرارات والأفعال المحتمل القيام بها . وإن كان هذا الشعور ما زال مختلطاً بالشعور بعدم القدرة ، وهنا على المعالج أن يتعرف على هذه القرارات ويوضحها ، ولكنه لا يحاول قيادة العميل نحوها .

٥ ـ إنهاء الاتصالات :

عندما يصل المريض إلى الشعور بالثقة بالنفس ويتخذ قرارات إيجابية ومتكاملة ، ويصبح قادراً على توجيه ذاته بذاته هنا تقل الرغبة في الحاجة إلى المساعدة ، ويأتي إنتهاء العلاقة العلاجية ، ويجب أن يأتي قرار إنتهاء العلاقة من العميل وباتخاذ هذا القرار يصل إلى آخر خطوات الاستقلال ، وبذلك يكون قد تحمل كامل المسئولية عن مواقف حياته .

يتضح من هذا العرض الهيكلي لخطوات العلاج النفسي غير التوجيهي الخصائص الأساسية لهذا الأسلوب من العلاج والفروق الأساسية بينه وبين غيره من الأساليب ويمكن تلخيص هذه الخصائص فيما يلي :

١ ـ إلقاء مسئولية كبرى للعلاج وتوجيهه ونتائجه على عاتق المريض .

٢ ـ تحديد دور المعالج تحديداً صارماً في القبول والإعتراف « والإنعكاس » وتوضيح مشاعر المريض .

٣ ـ خفض التحويل إلى أقصى درجة بين المعالج والعميل وبذلك يخف عبء معالجة التحويلات المعقدة .

٤ ـ التقليل من أهمية تطبيق الاختبارات النفسية التشخيصية حيث يعتقد روجرز أن الإختبارات النفسية غير ضرورية وتستغرق وقتاً يمكن استغلاله مباشرة في حل مشاكل العميل .

٥ ـ تجري وتتقدم عملية العلاج طبقاً لحدود العميل وإمكاناته ، فالمريض هو الذي يتخذ موقف المبادأة ، وهذا أفضل عما يتخذه المعالج .

وفيما يلي نعرض لحالة ولتفاصيل المقابلة الأولى والثانية اللتين تمتا تبعاً لمنهج كارل روجرز غير التوجيهي وهي حالة شاب يدعى « لويس » سبق له أن خدم في القوات المسلحة لمدة ثلاثة سنوات ثم أخرج منها ، وكان قد قضى سنتين منها في الخدمة خارج الولايات المتحدة الأمريكية ، ولقد أصابته قنبلة في رجله وبعد شفائه وضع في وظيفة معزولة في الخارج ، وبعد ذلك صنف على أنه « عصابي » وطرد من عمله ثم عين في أحد الشركات الحربية ، ولكنه كان يمثل « مشكلة » للمشرفين عليه بسبب سلوكه القلق والعصبي .

بعد التحاقه بوظيفة في أحد المصانع قال للمرشد النفسي الصناعي في لقاء عارض أنه يشعر أنه مقيد من الداخل ، وأنه على وشك أن يقرر الفرار ، وأخبره المرشد أنه تحت تصرف أي عامل يرغب أن يتناقش معه ، ودعاه لزيارته

في مكتبه في أي وقت يشاء . وذهب لزيارته في اليوم التالي وبدا متوتراً ولم يبتسم أبداً وظهر جاداً وغير سعيد جداً وكان إلى حد ما غير دقيق ويجد صعوبة في وضع أفكاره في عبارات .

لويس : إنني لا أعرف ما هي المسألة معي ، إنني فقط لا أستطيع أن أستقر . لا أحب أن التصق بأي شيء . هذه الوظيفة التي حصلت عليها ينبغي أن تكون حسنة ومناسبة لي ، ولكني لا أستطيع أن أتحملها واستمر في العمل .

المرشد : إنك قلق وغير سعيد لأنك لا تستطيع أن تستقر في أي شيء تبدأ عمله .

لويس : هذا حق إنني أصبحت غير سعيد كلية ، وأنا دائماً أتذكر ما حدث لي في الجيش إنني حقيقة قد مررت بجهنم .

المرشد : أنت تشعر أنك حقيقة مررت بوقت قاس عصيب عندما كنت في الجيش .

لويس : أقول إنني فعلاً مررت بهذا ، حسناً لم تكن السنوات القلائل الأولى سيئة للغاية ، ولكن السنة الأخيرة كانت مفزعة لم يستفد أي شخص مني أي استفادة ، والضابط رئيسي أمرني بشيء فظيع - إنك لا تستطيع أن تتخيل ما هو !

المرشد : إنك تشعر أن قليلاً من الناس قد حطوا عليك .

لويس : نعم ، هذا يضعها بصورة مخففة . لقد أصبحت سيئة لدرجة أنهم كانوا دائماً يطلقون علي أسماء قذرة وكان علي أن أحارب من أجل حقوقي التي احتاجها ، وأخيراً أصبت وخرجت من كل وابتعدت عنهم .

المرشد : لقد كانت تقريباً راحة لك أن تصاب ، وأن تبعد عن كل تلك الأشياء التي مررت بها .

لويس : نعم لقد كانت ، ولكن إعطائي حسابي وصرفي من الخدمة أتى

عندما أمسك بي طبيب الجيش . لقد أخبرته كثيراً من الأمور الشخصية جداً جداً والتي لا صلة لها بالجيش . لقد خان ثقتي فيه وأخبر قائدي عن كل ما وثقت به فيه . لقد كنت أستطيع أن أقتله من أجل ذلك . ولقد مررت بوقت سيىء ولم أخبر أي شخص عن أي شيء بعد ذلك ، ولكن لسبب ما يبدو الأمر مختلفاً معك ، إنني ما كنت أن أقول كل هذا إذا لم أكن أثق فيك .

المرشد : على الرغم من أن الطبيب جعل من الصعب أن تتحدث عن مشاعرك ، أنت تمتلك بعض الثقة في ؟

لويس : نعم لقد كرهت أولئك الرجال لدرجة أنني كنت أستطيع أن أقتلهم ، إنني أفكر في كل الأشياء التي كنت أحب أن أفعلها فيهم ، ربما لم يكن ذلك صواباً ، ولكن هكذا شعرت .

المرشد : أنت تشعر بقليل من الذنب إزاء هذه المشاعر والكراهية المكثفة ، ولكن تلك المشاعر كانت موجودة على الرغم من ذلك .

لويس : نعم في الواقع إنني على وشك أن أقتل زميلاً ما وقعنا في معركة وضربته بالمفتاح ، إنني أخمن أنني خرجت عن وعيي .

المرشد : أنت تشعر أنك فقدت كل السيطرة على كل إنفعالاتك لفترة ما .

لويس : أنت تعرف أنني أحصل على الراحة من مجرد إخراج ذلك خارجاً ، إنك الشخص الأول الذي أقص عليه كل ذلك .

المرشد : إنه يسعدني أن تتحدث عن هذه الأشياء التي كنت تحتفظ بها لنفسك .

أما المقابلة الثانية فكانت في اليوم التالي وتضمنت الحوار التالي :

لويس : إنني أشعر بحالة سيئة جداً اليوم ، ولا أستطيع أن أشير إلى الخطأ أين يكمن .

المرشد : إنه يقلقك لأنك لا تستطيع أن تذهب إلى أعماق مشكلتك .

لويس : نعم إنه كذلك الآن ، اليوم مثلاً كل شيء يبدو أنه أصبح خطأ ، الوظيفة يبدو أنها ليست صحيحة ، والملاحظ أصبح ثائراً ، وأنا ثرت عليه أيضاً ، إن كل ذلك ما أستطيع أن أفعله للسيطرة على نفسي - لقد رغبت أن ألتقط المفتاح وكدت أرغب في قتله ، إن هذا سيىء .

المرشد : إنه يخيفك أنك تفكر أن لديك هذه المشاعر .

لويس : نعم تخيفني جداً إنني سوف أخبرك بشيء سوف تعتقد أنه غريب جداً ولا أريد أن تخبره لأي شخص كان . في الليلة الماضية كنت ألعب مع إبن اختي الصغير وبدأ هو يصيح وتملكتني رغبة غريبة بأنني أرغب في أن أقتله ، إنه لمن المزعج أن أشعر بهذه الطريقة نحو طفل لا يستطيع أن يدافع عن نفسه ، أو أن يفعل أي شيء ، إنني لا أستطيع أن أفهم لماذا أشعر بهذا .

المرشد : إنه يزعجك كثيراً وتشعر عندما تأتيك هذه المشاعر بالرغبة في قتل ابن أخيك الصغير .

لويس : نعم هذا هو كذلك ، يبدو أنني مملوء بالكراهية يا إلهي ، إنني أرغب أن أستطيع أن أتخلص منها وأن أخرجها من نظامي ، أحياناً تصل إلى درجة أشعر أنني لا أستطيع السيطرة عليها ، وهذا هو ما أشعر به اليوم .

المرشد : إنك ترغب في أن تجد طريقاً للتخلص من مشاعر العداوة حتى لا يسيطر عليك بعد اليوم .

لويس : نعم بأي طريقة بحيث لا تؤذي أي شخص أنت تعرف أن هذا الحديث عن تلك المشاعر يساعدني كثيراً .

المرشد : إنه يساعد في إخراجها .

لويس : هذا حق .
(تستمر المقابلة) .

وبعد مرور خمس مقابلات أحرز هذا الشاب تقدماً لدرجة أنه أصبح قادراً أن يقف بمفرده . وتبين له أنه كان يلوم الناس كثيراً عندما كان يقع في المشكلات وهو في الجيش . وحدث إطلاق أو تحرير لمشاعر العداوة عنده وحل بعض مشاكله المتعلقة بالنساء واستمر يعمل في هذه الشركة لمدة تسعة شهور ثم خرج وافتتح ورشة صغيرة لحسابه ، وحقق تقدماً وتكيفاً صناعياً لا بأس به ، واستمر في مقابلة المرشد وأصبحت اتجاهاته أكثر إيجابية وأصبح أكثر توكيداً لذاته وتحرر من مشاعر الذنب[١] .

استرجاع ذكريات المريض السابقة *Associative Anamnies*

لقد ابتكر دوتش F. Deutsch أسلوب للمقابلة يستهدف تركيز العلاج حول بعض الصراعات أو المشاكل تلك التي يقرر المعالج أنها المشاكل الرئيسية الجوهرية التي ينبغي علاجها . ويقدم هذا المنهج الأساس لمنهج الهدف المحدود . عن هذا الطريق يتحكم المعالج في إتجاه العلاج بكفاءة وبدون فضول أو تطفل ، عن طريق إعادة بعض الكلمات الرئيسية أو العبارات من بين قضايا المريض . فلنفرض أن المريض قال « إنني دائماً أكره النساء » وربما يرغب المعالج في استكشاف تاريخ المريض في هذه الناحية ، ولكن بدلاً من أن يطلب منه أن يعود إلى الوراء وأن يخبره عن طفولته فإنه يعيدُ فقط كلمة « دائماً » ، وهذا يدفع المريض نحو الماضي بسلاسة وبدون مقاطعة في سلسلة أفكاره وتداعيه . أما إذا أعاد المعالج كلمة « تكره » فإن تداعي المريض سوف يوجه نحو توضيح شعوره وإتجاهاته نحو كراهية النساء .

تستخدم الأسئلة في كثير من جوانب عملية العلاج وذلك لتوضيح Clerification مشاعر المريض ولتنمية الفهم والاستبصار وذلك عن طريق الأسئلة المباشرة وتكليف المريض أن يعلق على معاني عباراته فيسأل الطبيب المعالج مثلاً هذه الأسئلة : ـ

---

(١) Coleman, J.C., op. cit., p. 571.

- كيف شعرت أنت ؟
- ماذا كانت أفكارك ؟
- هل تسمح بشرح الذي تقصده بذلك ؟
- هل لك أن تخبرني أكثر قليلاً عن هذه المسألة .
- ما هو رأيك في هذا ؟

وبذلك يستطيع المعالج أن يتحكم في مجرى المعالجة .

العلاقة الشخصية

إن العلاقة الشخصية بين الطبيب والمريض لا تقل أهمية عن أي شيء يقال أو يعمل في أثناء العملية العلاجية . إن نقص الفهم الأصيل والاهتمام الفعلي من جانب الطبيب سرعان ما يشعر بهما المريض ، وحتى مع أكثر الإجراءات العلاجية مهارة فإن العلاج لن يتقدم .

ويصدق هذا بنوع خاص مع المرضى المنسحين الخجولين الذين يلجأون إلى الطبيب للمساعدة بكثير من التردد فإنهم عرضة أن يلجأوا ثانية إلى الإنسحاب والعزلة ما لم يلقوا الموافقة الملائمة والحب والتعاطف والتعضيد . ولذلك فإن معظم المعالجين النفسيين يبدأون بخلق جو دافىء وودي .

الرابط العاطفي ***Rapport :***

يقصد بذلك أن المريض لأول مرة يجد نفسه في موقف قبول وتسامح ، وأن المعالج يفهمه حقاً ، وأنه حر في التعبير عن مشاعره الداخلية ، مع وجود شعور بالثقة والانسجام والوئام القائمين بين المعالج والمريض .

التحويل ***Transference :***

في عملية التحويل الناتجة من وجود تفاعل بين المريض والطبيب تصبح العلاقة بينهما أكثر تعقيداً وتشبعاً بالعوامل الانفعالية فينقل المريض للطبيب تلك

الإنفعالات التي سبق له أن كونها نحو الناس في الماضي ، فقد ينظر إليه كالأب أو المنافس أو الند أو بالنسبة للإناث « كزوج مثالي محبوب » . وواضح أن هذه الانفعالات المحولة نحو الطبيب تكون غير عقلية irrational ولكن تناولها بحكمة والتعرف عليها يجعلها مظهراً هاماً من مظاهر العلاج . فالمريض الذي يشعر أن له أباً ديكتاتورياً متسلطاً بعيداً عن التعاطف معه ، وعندما يتعرف الطبيب على هذه الحقيقة من خلال تحويلها نحوه ، فإنه يتمكن من إشعار المريض بوجود أب عطوف متفاهم متعاون ، ومن ثم يتمكن من تحسين تكيفه المفقود .

على أن فشل الطبيب في التعرف على مثل هذه الإنفعالات ومعالجتها قد يؤدي إلى مزيد من الاضطراب . فقد أهمل أحد الأطباء شعور إحدى مرضاه بأنه يمثل زوجها ومعبودها الوحيد ، وترك هذا الشعور يستفحل حتى أصبح خارج نطاق سيطرته لدرجة أنها طالبته بأنها سوف تنتحر إذا لم يطلق زوجته ويطرد أولاده ويتزوج منها ؟!

وينبغي أن نفهم أن عملية التحويل لا تقتصر على مشاعر الحب أو الكره البسيط ، بل إنها كثيراً ما تتعقد ويتذبذب شعور المريض بين الكراهية تارة والحب تارة نحو الطبيب .

ومن الجدير بالذكر أن نشير هنا إلى أن التحويل قد يحدث في الاتجاه المعاكس بمعنى أنه يوجد عند الطبيب بعض المشاعر غير المعقولة نحو المريض .

ويعرف هذا باسم التحويل المضاد counter-transference وينبغي معالجته بواسطة الطبيب مباشرة . ومن أجل هذا فمن المهم أن نخضع الطبيب لنوع من العلاج النفسي أو التحليل النفسي حتى يكون قد تخلص هو من صراعاته ، ويكون قد حصل على فهم لدوافعه motivations .

وهناك دعوات قوية في الوقت الحاضر تدعو إلى ضرورة إتسام جو العلاج والجو داخل المستشفيات العقلية بالحب ، وإشعار المريض بأن الجميع يحبونه

ويقبلونه ويعطفون عليه ويتعاطفون معه ويقبلونه . وبالطبع لا يقصد هنا الحب بأي معنى من المعاني الجنسية وإنما الحب ، بالمعنى الأخوي .

تحليل الأحلام وتداعي الأفكار الحرة :

في هذا الأسلوب يسمح للمريض بأن يعبر بكل حرية عن أفكاره العشوائية random thoughts وآرائه التي تأتي إلى ذهنه . ولذلك لا بد أن يجلس جلسة مريحة مسترخاة على كرسي الاسترخاء on a comfortable couch على أن يجلس الطبيب بجانب المريض ، ونادراً أن يجلس أمامه ، وذلك حتى لا يدخل نفسه عنوة على المريض ، هذا الانسياب الحر الغير مكبوت للمعاني يقود إلى الكشف التدريجي عن الصراعات التي تكمن وراء الاضطراب كما يقود إلى التصريف الإنفعالي .

وعندما يقترب المريض من ذكر مادة جارحة أو مؤلمة يظهر سد في مجرى عملية التداعي أو انتقال للأفكار أو الآراء . ويجب أن يكون هذا دليلاً أمام الطبيب بأن المريض يحاول أن يلف حول بعض الصراعات أو يتحاشاها خوفاً من فضيحة ذكرها ، تلك الأفكار التي يحاول لا شعورياً غالباً أن يتجنب مواجهتها . ويطلق على هذه الظاهرة أي عدم الكشف عن الصراعات اسم ظاهرةالمقاومة وبالطبع هي ظاهرة عامة في العلاج النفسي وقد تتخذ شكل رفض المريض لتفسيرات المعالج ، أو الحضور متأخراً في الجلسات ، أو عدم الحضور ، أو عدم استكمال العلاج .

كذلك من الإجراءات العلاجية للكشف عن المشاعر أو الصراعات تفسير الأحلام dream interpretation . ولقد أشير قديماً إلى الأحلام بأنها الطريق الملكي إلى اللاشعور the royal road to the unconscious . لأنها تتضمن تجسيداً وتجسيماً لرغباته المكبوتة ، وتمثل صراعاته الداخلية ، وتعبر عن ذلك إما بطريقة مباشرة أو بطريقة رمزية symbolic form .

كيف يمكن تفسير الأحلام ؟

لقد ابتكرت عدة أساليب لتفسير الأحلام من أكثرها إنتشاراً تلك التي ابتكرها سيجمند فرويد وهذا المنهج قائم على أساس أن للحلم محتويين :

١ ـ المحتوى الظاهري : manifest content وهو عبارة عن سرد الحلم وأحداثه كما ظهر للحالم .

٢ ـ المحتوى الخفي : latent content وهو عبارة عن المعنى الرمزي للمحتوى الظاهر ، فعلى سبيل المثال رؤ ية ساحر أو عراف عجوز على المحتوى الظاهري يعني رمزياً زوجة المريض أو أمه على المستوى الكامن أو الخفي ، ويمكن تطبيق فكرة المحتوى الظاهر والخفي على التداعي الظاهر للمريض ، وعن طريقه يمكن معرفة المعنى الرمزي الخفي . ولتوضيح ذلك نستعرض الحالة الآتية كما أوردها بيرج Berg[١] . وهي حالة محاضرة جامعية شابة تعاني من شعور قوي بالنبذ والنقص عن الآخرين . ولقد روت هذا الحلم :

« أتيت إلى حجرة الطعام لكي أتحدث مع أبي بينما كان هو يتناول عشاءه ، وكنت جالسة هناك ألعب مع قطتي ، وطلبت مني القطة إصبعاً طويلاً من البسكويت الذي تحبه ، وذهبت لكي استحضر لها واحدة ، ولكن أبي قال : لا ينبغي أن تأخذي لأنه ليس جيداً بالنسبة لها . قلت حسناً جداً ووضعت علبة البسكويت بعيداً ، ولكن القطة كانت متضايقة وضربت حذائي « وخربشتني » . ولقد انتهى أبي من تناول وجبته وذهبت أنا للطابق العلوي إلى فراشي ، ولكنه كان فراشاً عالياً جداً علي لكي أكون مستريحة فيه لقد شعرت أنني حزينة جداً » .

وخلال التداعي الحر لهذه المريضة ظهرت بعض المعاني الرمزية في هذا الحلم حيث قالت إن أبي يمنعني من إرتداء ملابس جميلة ومن الذهاب إلى الحفلات عندما كنت فتاة ويبدو أنه كان قد نسي أن البنات يتزوجن ، لقد

---

(١) Berg, C. A., Case Book of a Medical Psychologist, w.w. Norton and co. 1948.

كانت المهنة هي كل شيء بالنسبة له ، وكان علي أن أدخل إمتحانات طول الوقت ، لم يكن هناك أبداً جماع ، ولا في الواقع أي لذة أو مغازلة في حياتي الشابة .

إن الفراش العالي جداً علي هو وظيفتي التي هي غير مريحة بالنسبة لي وأعلى من قدراتي . « وتلخص بيرج معاني هذه الحالة بالقول بأن والدها رفض ونبذ حياتها الجنسية » كما يظهر ذلك في حرمان القطة ، بينما يجسد هو من شهواته (عندما يتناول وجبته إلى آخرها) » ونتج عن ذلك صراعات وجروح القطة (تضربها وتخربشها ، ولكنها تهمل كل هذا وتذهب إلى أعلى ، إلى مخدع عال وغير مريح (مهنتها الأكاديمية) وتشعر بالحزن كما تشعر بالنقص .

ولكن ينبغي الإشارة إلى أنه ليس كل الأحلام خاضعةً للتفسير أو أن معنى حلم ما هو بالضرورة واضح بالنسبة للحالم . وبالمثل فالمعنى الظاهر للحلم أو التفسير الذي يوضع عليه بواسطة المحلل ربما لا يمثل حقيقة وبدقة دوره الحقيقي في ديناميات المريض الشخصية .

الفصل السادس

أنواع العلاج النفسي

الارشاد النفسي التقليدي :

يسعى الفرد الذي يعاني من مشكلة ما إلى المساعدة في فهم مشكلته ، ثم إلى معرفة الخطوة التالية التي ينبغي عليه القيام بها .

إن إعطاء النصائح أو الإرشاد هو لا شك الصورة النمطية للعلاج النفسي سواء أكان ذلك بواسطة الآباء والأمهات أو المعلمين والمعلمات أو رجال الدين أو المحاماة أو الأطباء أو السيكولوجيين أو الارشاد الفني فله عدة صور ، من بين هذه الصور الارشاد المهني vocational counseling والصناعي industrial أو التربوي أو الزواجي أو الديني .

يعتمد الإرشاد التقليدي على عدة إفتراضات منها أن المرشد شخص خبير expert له خبرات ومعارف أكثر سعة وعمقاً من تلك التي يمتلكها المريض . وعلى ذلك فإن دوره يشبه إلى حد ما دور المعلم educator ، أو التربوي فهو يزوده بالمعلومات ، ويقوم بتفسير الحقائق ، ويوسع أو يضيق من مجالات الإختيار أمامه مما يسهل على المريض عملية إصدار القرارات ، وتحديد موقفه من الأحداث المحيطة به .

ومن المبادىء الأساسية أيضاً أن المرشد شخص أكثر حكمة wiser في فهم

وتفسير مشاكل المريض ومن ثم فإن المريض يضع تاريخ حياته أمامه حتى يتمكن المرشد من إستبصار مشاكله ، وأن يساعده في رؤية طريقه خلال هذه المشكلات[١] .

والمبدأ الثالث أن المرشد يكون أكثر موضوعية more objective وذهنه نظيفاً وذلك في تحليل البدائل التي ستقود إلى إتخاذ القرارات وذلك مرجعه أنه ليس أسيراً لصراعات المريض Conflicts[٢] .

إن العلاقة بين المريض والمرشد تشبه تلك العلاقة التي تقوم بين الطبيب البشري physician وبين المريض . فالطبيب خبير في الأمراض ، حينما يروي المريض ، تاريخه الصحي ويشرح الأعراض symptoms التي يعاني منها ، فإن الطبيب يحصل على المفاتيح التي تقوده إلى متابعة الحالة ، وذلك بالطبع باستخدام تحليلات الدم وغيرها من الوسائل التشخيصية ، كالأشعة والفحوصات والملاحظات الأخرى . وعندما يعرف موقع الإصابة فإنه يحدد العلاج إبتداء من مجرد اعطاء قرص من الاسبرين إلى اجراء العمليات الجراحية الكبرى Mojor operations .

إن المرشد الذي يستخدم الأساليب التقليدية في الإرشاد ، وغالباً ما ينجح في علاج مشاكل المريض ولكنه قد يلتقي ببعض الصعوبات ، بالمثل كما يجدها الطبيب البشري . فهناك بعض المرضى مثلاً الذين يجدون صعوبة في إتباع نظام غذائي معين ، على الرغم من علمهم أنه مفيد لعلاج عللهم . فالطبيب قد ينصح مريضه بالإقلاع عن تعاطي الخمور وهو في ذلك على صواب في تشخيصه وتوصياته ، ولكن المريض يجد من الصعب عليه قبول مثل هذه النصيحة حتى على الرغم من علمه أنها نصيحة جيدة .

---

(١) Hilgard, E.R., op. cit., p. 532.

(٢) لمعرفة المزيد عن طبيعة الصراعات وأنواعها راجع كتاب المؤلف « إتجاهات جديدة في علم النفس الحديث » دار الكتب الجامعية ـ الاسكندرية .

ولذلك هناك أساليب أخرى للإرشاد تعضد أساليب الإرشاد التقليدية . من ذلك الإرشاد المركز حول المريض .

الإرشاد المركز حول المريض :

الارشاد المركز حول المريض client- centered counseling من الأساليب التي تستهدف التغلب على نواحي القصور في الإرشاد التقليدي ، ولقد ابتكر هذا الأسلوب كارل روجرز وزملاؤه (and Dymond 1954 و Rogers, 1951) ويعد هذا الأسلوب عكس الأسلوب الذي يضع السلطة في يد المرشد ، والتركيز على اعطاء النصائح advice- giving وبدلا من التمركز حول المرشد centered- Counselor فإن التمركز يكون حول المريض نفسه ، وهدفه الرئيسي وصول المريض ، وليس المرشد ، إلى حالة الوعي والبصيرة والفهم لمشاكله ومن ثم اصدار القرارات .

إن الارشاد المتمركز حول المريض على الرغم من سهولة وصفه إلا أن تطبيقه يحتاج إلى مزيد من المهارات والحذق .

يبدأ عمل المرشد بتصميم المقابلة ويتطلب ذلك شرح معنى شروط الاتفاق بينه وبين المريض بمعنى أن يوضح للمريض أن العمل من أجل حل مشاكله هو مسئوليته الشخصية ، من ثم فإنه حر في ترك العلاج في أي وقت ، وأنه حر في أن يعود للعلاج أو لا يعود ، وأن العلاقة بينهما هي علاقة خاصة وسرية ، وهذا هو الشأن في الأنواع الأخرى من الإرشاد فالمريض حر في أن يتحدث عن أمور سرية خصوصية دون الخوف من تقديم البرهان أو الخوف من انتقال المعلومات إلى الآخرين . وبعد تصميم المقابلة على هذا النحو يصبح على المريض أن يقوم بمعظم الحديث ، وهنا تتاح له فرصة طيبة لإخراج أو لطرح ما يجثم فوق صدره get off his chest . وهنا ينبغي أن يكون المرشد صبوراً ، ولكنه يجب أن يكون مستمعاً يقظاً لكل ما يقوله المريض . وعندما يتوقف المريض متوقعاً من المرشد أن يقول شيئاً ما فإنه فقط يقدر ويقبل المشاعر التي عبر عنها المريض . فعلى

سبيل المثال إذا إشتكى المريض من كثرة لوم أمه وتأنيبها له فإن المرشد يقول : أنت تشعر أن أمك تحاول أن تتحكم فيك .

إن معظم جهود المرشد تتركز حول توضيح to clarify مشاعر المريض التي عبر عنها ، وليس من هدفه أن يصدر حكماً عليها أو أن يعلق عليها .

في الغالب الذي يحدث هو أن يبخس المريض نفسه أو أن يقدر نفسه تقديراً منخفضاً ، ولكن من خلال عملية مواجهته لمشاكله ، فإنه يصبح ايجابياً . ومن أمثلة ذلك فقد بدأت حالة في التعبير عن نفسها وهي حالة الآنسة تلدن Tilden حيث قالت :

« كل شيء عندي غلط ، إنني اشعر بشذوذ ، إنني لا أفعل حتى الأشياء العادية في الحياة ، إنني متأكدة أنني سوف أفشل في أي شيء اقوم به . إنني ناقصة . عندما أحاول أن أقلد الناس الناجحين ، فإنني اكون فقط ممثلة ، إنني لا استطيع أن استمر هكذا[1] » .

ولكن بمرور الوقت وعندما وصلت إلى المقابلة الحادية عشر والأخيرة عبرت عن هذه الإتجاهات التي تتعارض بشدة مع تلك الإتجاهات التي عبرت عنها في المقابلة الأولى :

« إنني آخذة خطاً جديداً نابعاً من اختياري الخاص . إنني حقيقة اتغير ، لقد كنت أحاول دائماً أن أعيش طبقاً لمعايير ومستويات الآخرين تلك المستويات التي تفوق قدراتي . لقد اثبت التحقق من أنني لست ذكية جداً لكنني استطيع أن اشق حياتي بطريقة ما . لم اعد افكر كثيراً في نفسي أو حول نفسي ، إنني اكثر راحة وارتياحاً مع الناس ، إنني احصل على شعور بالنجاح من خلال عملي ، إنني لا اشعر بعد بأنني متزنة تماماً واتمنى أن استطيع أن آتي لمزيد من المساعدة اذا احتجت إلى ذلك » .

---

(١) Hilgard, E.R., op. cit., p. 533.

وللتأكد من أن مثل هذا التقدم بالضبط هو الذي يحدث دائماً فإن بعض الباحثين قد حللوا بعناية تفاصيل المقابلات المسجلة . فعنـدما تصنف عبارات المريض يصبح العلاج قابلاً للتنبؤ . فعلى سبيل المثال ، في المقابلات الأولى يقضي المريض جزءاً كبيراً من الوقت متحدثاً عن صعوباته ، ويصف مشكلته وأعراضه . وفي خلال العلاج يبدأ يوضح أنه أصبح يفهم شخصيته أو تلك العناصر التي نوقشت ، وأنه يتنبأ بحدوث نتائج مواتية أو إيجابية . وعن طريق تصنيف ملاحظات المريض كعبارات تعبر عن وصف المشكلة ، وعبارات الفهم والاستبصار ، فإنه يستطيع أن يرى الزيادة المضطردة في الإستبصار insight من خلال تقدم المرشد في عمله .

ما الذي يفعله المرشد لتحقيق هذه التغيرات ؟

أولاً وقبل كل شيء فإنه يخلق جواً يشعر فيه المريض بقيمته الذاتية ومعناه . ولكن هذا الجو لا ينتج من أسلوب عمل معين ، ولكنه ينتج عن إيمان المرشد نفسه بأن كل شخص لديه القدرة ، على التعامل مع المواقف السيكولوجية ومع ذاته .

وعلى حد قول روجرز نفسه « أن يتعامل إيجابياً مع كل تلك الجوانب لحياته التي يمكن أن تأتي أو تظهر على حيز الوعي الشعوري conscious awareness . ولكن قبول مثل هذا المبدأ لا يعني أن يكون المرشد مجرد مستمع سلبي ، لأنه إذا كان كذلك فإن المريض سوف يشعر أنه لا يهتم به ، ولا يرغب في حالته . ولذلك فهو يستمع بدقة وعناية ويوضح للمريض أنه يرى الأشياء كما يراها هو .

في البداية كان روجرز ، وهو مؤسس هذا المنهج في الإرشاد كان يضع أهمية كبرى على ضرورة قيام المرشد بتوضيح المشاعر التي يعبر عنها المريض . ولكنه فيما بعد أصبح يعتقد أن مثل هذا المنهج هو منهج عقلي ازيد من اللازم ، وأصبح يدعو إلى ضرورة قيام المرشد بمحاولة أن يتبنى هو الاطار المرجعي

للمريض frame of reference . وان يرى المشكلة أو المشاكل كما يراها المريض نفسه ، دون أن يصبح بالطبع منغمساً فيها إنغماساً إنفعالياً وللحصول على أية قيمة علاجية لا بد أن يكون التغيير الذي يطرأ على المريض ليس فقط في الفهم العقلي وإنما في المشاعر والإتجاهات أيضاً .

وعلى الرغم من انتشار استخدام هذا المنهج المتمركز حول المريض إلا أننا ما زلنا لا نعرف على وجه التعين مدى استعمالاته ونجاحه وحدوده أو درجة النقص فيه . وعلى كل حال فقد استخدم هذا المنهج من خلال العلاج عن طريق اللعب والعلاج الجماعي بل حتى التدريس داخل حجرات الدراسة . والعلاج المتمركز حول العميل كان يطلق عليه في امريكا العلاج النفسي غير التوجيهي ، ثم اصبح يطلق عليه العلاج النفسي المتمركز حول العميل ولقد ساعد كارل روجرز في النجاح في هذه الدعوة نزعته الدينية المتحررة ، وتأهيله في علم النفس الإكلينيكي ، وعمله موجه ومعالج نفسي وساعده في أن ينمي في نفسه منهجاً مهنياً قوامه التسامح .

ويقوم منهج العلاج غير التوجيهي على أساس الايمان بأن العميل لديه الامكانات التي تساعده على النمو والتطور . ووظيفة المعالج أن يهيء له الجو الذي يشعر فيه بالحرية ، ويكشف نفسه ويفهمها فهماً اكثر موضوعية وعمقاً ، ويعيد بالتدريج تنظيم مفاهيمه عن نفسه وعن العالم المحيط به .

ويتمشى هذا المنهج مع الديمقراطية التي تمنح الفرد المساواة وتكافؤ الفرص والتي تؤمن بالفرد وبقدراته على علاج نفسه دون أن يستند على شخص آخر أو يعتمد عليه اعتماداً كلياً .

كذلك يقوم على اساس الايمان بأن الفرد قادر على احداث التغيير الايجابي بحيث يصل إلى تحقيق اهدافه . وتوحي هذه الطريقة بالسهولة على المعالجين الجدد مما يشجعهم على الدخول فيها ، اذ ليس من الضروري أن يحكم المعالج تشخيص شخصية المريض ، كما أنه لا يتحمل مسئولية كبيرة في توجيهه ، بل

عليه أن يشجع المريض بأن يكون طبيعياً ، ويشعره بالدفء والتقبل ، وهذا يساعده على تحقيق ذاته .

ولقد ظهرت أول كتابات عن العلاج النفسي غير التوجيهي ١٩٤٠ وبناء على هذا المنهج توصل روجرز إلى وضع نظرية عن الشخصية ، فظهرت أول كتاباته عنها سنة ١٩٥١ . وتقوم نظرية روجرز في الشخصية على فكرة الظاهرية أو السطحية Phenomonology وتعني أن لكل فرد مجالاً ظاهرياً يتضمن تعريفه للأحداث والظواهر ، كما تظهر له ، وسلوك الفرد يتقرر تبعاً لظروف مجاله ، وبالتالي يتم التنبؤ بسلوكه عن طريق معرفة مجاله ، فإذا أراد السيكولوجي مثلاً أن يفهم سلوك شخص مصاب بالجنسية المثلية ، فلا يهتم بدراسة الإحصاءات عن الجنسية المثلية ودراسة العوامل الخلفية عند من يصابون بها ودراسة العوامل المسببة لها ، وإنما تتركز الدراسة في الشخص المصاب نفسه كيف يشعر ، وكيف ينظر إلى الحياة ، وما هو رأيه في نفسه ، وفي علاقته بالآخرين . والدافع الأساسي عند روجرز هو المحافظة على الذات وتوكيدها . وذلك يستهدف في العلاج النفسي مساعدة الفرد أن يكتشف نفسه ، وتحريره من الصراعات ، ومساعدته على أداء وظائفه .

ويهتم المعالج بحاضر المريض أكثر من اهتمامه بمستقبله أو بمستقبل سير المرض كما لا يهتم كثيراً بالتشخيص ومعرفة أسباب المرض . ويعتمد المعلومات التي يقولها المريض عن نفسه على العكس مما يذهب إليه أنصار التحليل النفسي الذين لا يثقون في خبرة المريض الشعورية . ولا يوجد مجال اللاشعور في مفهوم الشخصية عند كارل روجرز .

كذلك لا يهتم روجرز بتفسير الأحلام وزلفات القلم والنكات والتداعي الحر ذلك لأنه لا يؤمن وجود دوافع لا شعورية .

عندما يبدأ العلاج قد يكون لدى المريض صورة سلبية عن نفسه ، وفي

نفس الوقت صورة مثالية لما ينبغي أن تكون عليه ذاته ، مع الشعور بالعجز في الوصول إلى هذا المستوى المثالي .

ثم يبدأ بالتدريج في تقبل نفسه كما هو ، ويصبح مفهومه عن نفسه أكثر واقعية وموضوعية ، ويقل التناقض بين صورته المثالية عن ذاته وصورته الواقعية . ولقد أخضع روجرز وأتباعه منهجة للكثير من البحوث والدراسات فسجلوا الجلسات على أشرطة التسجيل ، وصوروها في السينما ، وادعوا أن منهجهم يؤدي إلى نتائج إيجابية في العلاج .

ويعتبر روجرز التشخيص عملية هدامة في شخصية المريض ، حيث يكون المريض غير مستعد لتقبل معلومات تشخيصية عن نفسه من المعالج ، كما أنه يوحي للمريض بأن المعالج خبير قدير .

كذلك ففي نظر روجرز العميل وليس المعالج هو الذي ينبغي أن يتخذ القرارات كذلك كلما قلت معرفة المعالج المسبقة عن العميل كلما قل تدخله في حريته وكلما قل تقبله وإحترامه للمريض .

ويمكن تلخيص الأعمال التي يقوم بها المعالج طبقاً لهذا المنهج فيما يلي :

١ ـ بذل مجهود كبير ومستمر لفهم كلام العميل ومشاعره التي يعبر عنها سواء بالكلمات أو التعبيرات أو الإرشادات أو الإيحاءات .

٢ ـ بذل مجهود لنقل هذا الفهم إلى العميل بالكلمة المنطوقة أو بالاتجاه النفسي العام نحو تقبل المريض .

٣ ـ اعادة المشاعر التي عبر عنها المريض في شكل ملخص بين الحين والآخر .

٤ ـ شرح طبيعة العلاقة العلاجية وحدودها بين الحين والحين والتعبير عن ثقة المعالج في قدرة العميل في حل مشاكله بنفسه .

٥ ـ قد يوجه المعالج الأسئلة للعميل لمساعدته في مواجهة مشاكله .

٦ ـ قد يقاطع المعالج العميل مستوضحاً ما يقوله أو ما يشعر به ، ولكنه لا يقدم تفسيرات أو تأويلات ، وإنما يقدم تلخيصاً لما يشعر به العميل نفسه وليس المعالج .

٧ ـ لا يعطي المعالج الإستبصار أو النصيحة أو المدح أو التوبيخ أو التعليل ولا يقترح برامج للنشاط ولا مجالات اخرى للإستكشاف .

واوجه الاختلاف الجوهري بين هذا المنهج وغيره من المناهج العلاجية هو ترك مسئولية العلاج وتوجيهه ومجراه للعميل .

فالعميل هو الذي يختار موضوع المناقشة ، وهو الذي يبحث عن المعاني وهو الذي يحدد السرعة في مواجهة مشكلاته ، وهو الذي يقرر الإستطراد في ذكر موضوع ما .

ويصبح الفرد محتاجاً للعلاج تبعاً لهذا المنهج عندما يعجز عن مواجهة حاجات الواقع ، أو عندما يشعر بالتناقض بين ما يريد أن يكون وبين ما هو كائن فعلاً فيلجأ إلى العلاج حيث يجد الحرية والقبول ، فلا يوجد تحد لعدوانه أو شكوكه أو تناقضاته . إنما يوجد التقبل والإحترام والتقدير وهذا يشعر المريض بالأمان والتقبل فيحدث إسترخاء في آلياته الدفاعية الجامدة . ويرى روجرز أن العلاج عبارة عن فك لتنظيم الذات ، ثم إعادة تنظيمها ويتطلب ذلك تكوين نسق من القيم والمعايير قائم على أساس مشاعر الشخص وخبراته الذاتية بدلا من القيم القديمة المستعارة .

لقد كان روجرز في بادىء الأمر يضع بعض القيود على نوعية الأشخاص الذين يصلح معهم هذا المنهج في العلاج ، ولكن الخبرة العملية بهذا المنهج أوضحت أنه يمكن لجميع أنواع المرضى العقليين أن يستفيدوا[١] من هذا المنهج مهما إشتدت حالتهم ، وذلك لأن طبيعة هذا المنهج لا تؤدي إلى الحاق الأذى

(١) Harper, R.A., Ibid.

بالشخص الذي لا يستفيد منه ، لأن العلاقة بين المعالج والمريض تخلو من أي نوع من أنواع الضغط أو الإستفزاز أو التوجيه .

وهنا نتساءل عن الظروف التي تساعد على حدوث التغيير في بناء الشخصية تبعاً لمنهج روجرز . هناك عدة شروط يضعها روجرز لتحقيق هذه الغاية منها :

١ ـ وجود علاقة بين المعالج والمريض أو الاحتكاك النفسي ، حيث يشعر كل من المعالج والمريض بوجود الآخر .

٢ ـ ضرورة شعور المريض بعدم التطابق ، أي وجود إختلاف بين الخبرة الفعلية للفرد وبين صورته عن نفسه ويؤدي هذا التناقض إلى الشعور بالقلق .

٣ ـ يجب أن يكون المعالج متكاملاً وأن يكون على سجيته وألا يتكلف وألا ينكر مشاعره الخاصة ، فقد يشعر بالضجر أو الياس ولا بأس في أن يكون طبيعياً .

٤ ـ يجب أن يحس المعالج بالإحترام الإيجابي نحو العميل .

٥ ـ يجب أن يشعر المعالج شعوراً عميقاً بالفهم والتعاطف الوجداني « لمشاعر العميل » وخبراته الذاتية ، ويجب أن يصل هذا التعاطف للعميل ، ويعني هذا أن يشعر المعالج بانفعالات العميل ، وأن يضع نفسه في مكانه ، وأن ينظر للأمور من زاويته .

٦ ـ يجب أن يشعر العميل أن المعالج يتعاطف معه ويتقبله ، فلا يكفي أن يشعر المعالج بينه وبين نفسه بالتعاطف مع العميل وإنما المهم أن تصل هذه المشاعر إلى العميل .

وجدير بالاشارة أن هذه الشروط التي يذكرها روجرز لا تتضمن ذكر التدريب المهني للمعالج ، والمعارف النظرية التي ينبغي أن يلم بها ، ومعنى هذا أن أي شخص متقبل ومتسامح ومتعاطف يمكن أن يكون معالجاً ، بل إن المعرفة

الطبية والنفسية والمهنية يمكن أن تكون معوقاً إذا تحول المعالج إلى خبير . على أن هذا الزعم لا يزيد عن مجرد فرض يحتاج إلى كثير من البحوث المكثفة للتحقق من صحته .

لقد اثر منهج العلاج المتمركز حول الذات في كثير من الميادين غير ميادين العلاج ، حيث طبقت الأسس التي يقوم عليها في التربية ، وفي العلاج باللعب ، والعلاج الجماعي ، والإدارة الصناعية ، والمجال الديني ، وفي التدريب المهني .

ويزعم أن هذا العلاج يتمشى مع الفلسفة الأمريكية التي تؤمن بأن الفرد سيد مصيره وأن مساعدته إنما تتم بالحب والتسامح والتقبل والفهم والتعاطف والتجاوب[١] .

العلاج الجماعي :

يمكن تصنيف المعالجات النفسية إلى أنواع عدة ، فهناك العلاج الجماعي في مقابل العلاج الفردي ، وهناك العلاج التوجيهي في مقابل غير التوجيهي وهناك العلاج السطحي في مقابل علاج العمق ، وهناك العلاج محدود الهدف في مقابل العلاج طويل المدى ، وهناك العلاج السلوكي القائم على أساس تطبيق نظريات التعلم في العلاج .

بالنسبة للعلاج الجماعي يتناول فيه الطبيب في وقت واحد عدداً من المرضى حيث يشفى المريض من خلال تفاعله مع الجماعة ، من خلال علاقته بغيره من المرضى وعلاقته بالمعالج .

أما العلاج الفردي فهو الذي يتناول المعالج مريضاً واحداً في وقت معين

---

(١) Harper, R.A., Ibid.

(٢) Coleman, J.C., Abnormal Psychology and Modern Life, Scott, Foresman Co. Chicago 1965 p. 543.

والذي يعتمد الشفاء فيه على العلاقة بين المعالج والمريض . ولقد تبين أن العلاج الفردي أكثر فاعلية في الصراعات العميقة كالصراعات المتصلة بنزعة اللواط homosexuality بينما أثبت العلاج الجماعي قيمته في التطبع الإجتماعي أو التنشئة الإجتماعية للمريض socialization . ويقصد بها إمتصاص المريض لقيم المجتمع المحيط به ومعاييره وأنماط سلوكه المقبولة ، فمشاعر العزلة يتخلص منها الفرد من خلال مشاركته المتبادلة في المشاكل ، حيث يدرك كل عضو أن الآخرين لديهم مشاكل تشبه مشاكله هو ، وهناك تعضيد ومساعدة متبادلتين في التغلب على المشاكل . وعلاوة على ذلك فإن العلاقة الجماعية تمد كل عضو بفرص ومواقف في الحقيقة الاجتماعية ، وفي تنمية أساليب أكثر فاعلية في العلاقات الشخصية ونظراً لوجود مزايا لكل نوع فإن بعض علماء النفس يقترحون وضعاً مثالياً يتوافر فيه إمتزاج بين الطريقتين بحيث يخضع المريض للعلاج الفردي والجماعي(١) .

العلاج محدود الهدف في مقابل العلاج طويل المدى :

يمكن تمييز هذين النوعين من العلاج النفسي goal- lemited vs; long-term فالتحليل النفسي مثلاً يحاول أن يحقق إعادة كبزي لبناء الشخصية ولذلك فإن العلاج التحليلي يتطلب خمس جلسات sessions في الأسبوع لمدة تصل إلى عدة سنوات . ولكن هذا الطموح الكبير يحد من إمكان إفادة عدد كبير من الناس من العلاج النفسي ، ويجعل هذا العدد محصور في أولئك الذين يستطيعون تحمل نفقات العلاج الباهظة ، وتوفير الوقت الطويل اللازم لذلك .

ونتيجة لذلك ظهرت محاولات أخرى للعلاج القصير breif therapy أو لعلاج محدود وذلك لجعل العلاج النفسي في متناول عدد أكبر من أولئك الذين هم في حاجة اليه . هذه الأساليب العلاجية تسعى لإفادة المريض أكبر إفادة ممكنة في أقصر وقت ممكن . ولتحقيق هذه الغاية فإن العلاج ينحصر في

(١) Coleman, op. cit., p. 544.

الصراعات أو المشاكل التي يؤدي علاجها أو حلها إلى مساعدة تكييف الفرد الشخصي المباشر .

وينتشر العلاج النفسي القصير أكثر ما ينتشر في المستشفيات والعيادات حيث يجعل نقص المختصين والوقت المحدود المخصص لعلاج كل مريض يجعل العلاج النفسي الطويل والمكثف محصوراً في عدد قليل جداً من الحالات[١] . وينبغي الاشارة إلى أن العلاج المحدود الهدف لا يقتصر على علاج الأعراض أو الآلام التي يشعر بها المريض symptomatie أو ما يسمى بالعلاج السطحي surface ، ولكنه يستخدم أيضاً في علاج الصراعات العميقة .

العلاج السطحي في مقابل علاج العمق :

في علاج ما يسمى بالعلاج السطحي surface therapy لا يوجد محاولات للتعمق في صراعات المريض الداخلية التي تكمن وراء آلامه . ويقتصر الأمر على عمل توكيدات للمريض وتعزيز أو تعضيد أو تقوية دفاعاته الموجودة حالياً his present ego defenses وفي كثير من المستشفيات المزدحمة لا يلقى المريض سوى عدة صدمات بالأنسولين أو صدمات كهربائية insulin and electro-shocks ولا يحصل المريض على شيء أكثر من هذا . ولكن ينبغي الاشارة إلى أن هناك حالات لا يحتاج فيها المريض إلا إلى العلاج السطحي حيث يكفيه هذا النوع من العلاج للتخلص من مشاكله ومثل هذه الحالات تكون قوة ذات المريض وتكيفه في حالة جيدة ، ولكن غمرهما الضغط ، هذا الضغط أكثر من أي شيء مرضي عميق هو سبب الصعوبة .

وهناك حالات خاصة عند كبار السن من الأفضل عدم النبش[*] وراء الصراعات العميقة ، كالصراعات الناشئة من اللواط أو الرغبة في الاعتماد على

(١) Coleman, J.C., op. cit., p. 544.

(*) نبش = نبش الشيء المتواري أبرزه ، ونبش الكنز من الأرض كشفه واستخرجه ونبش السر أفشاه ونبش القبر فتش فيه .

الغير وهنا يسعى العلاج إلى كبت الإنفعالات القديمة وتعضيد المريض بدلاً من الكشف عن الخبايا المنسية .

في علاج العمق depth therapy هناك محاولات للكشف عن المواد الصراعية الكامنة ، والتغلغل في أعماقها ويفضل هذا العلاج عن العلاج السطحي لأنه يسعى إلى تحقيق تكيف الشخصية تكيفاً طويلاً أو بعيد المدى .

العلاج العاطفي في مقابل العلاج المعرفي Conative vs. Cognitive Therapy

يميز العلاج النفسي في سلوك المريض بين مشاعره ومجاهداته وإنفعالاته من ناحية وبين معرفته العقلية وكفاءاته وتقنياته . وفي كثير من الحالات يكون طموح الفرد أو مجاهداته غير واقعية ، وعلى ذلك فإن العلاج يركز عليها أولاً . وخاصة عندما يكون الاشتراط الإنفعالي في مرحلة الطفولة كامناً في جذور المشكلة ، يصبح إعادة التعلم الإنفعالي خطوة ضرورية من خطوات العلاج . ومن أمثلة ذلك المريض الذي يستطيع أن يرجع إلى الوراء بشعوره بفقدان الثقة بنفسه إلى نقد آبائه ، وأصبح الآن مدركاً للصورة الزائفة التي كانت عنده عن نفسه وأصبح يدرك أيضاً على المستوى العقلي أنه ممتاز في قدراته ، ولكنه ما زال يشعر بعدم المواءمة وبالافتقار إلى الثقة بالذات . ويصبح على عملية العلاج أن يجعل شعوره أفضل نحو نفسه ونحو والديه لكي يصبح أكثر سعادة وأكثر فاعلية .

وفي بعض الحالات يوجد نقص في كفاءة المريض أو استبصاره أو فهمه لمشاكله ، وعلى ذلك فإنه يحتاج إلى نوع من الاستبصار المعرفي congnitive insight لمساعدته في إعادة تشكيل إتجاهاته وتنمية الكفاءات التي يحتاج إليها .

العلاج التوجيهي في مقابل العلاج غير التوجيهي :

ويختلف هذان الأسلوبان في مقدار ما يتحمل المعالج من مسئوليات أثناء العلاج وما يتحمله المريض نفسه في توجيه العلاج .

ففي العلاج الموجه يقوم المعالج بدور نشط وفعال في الموقف العلاجي وفي تفسير صراعات المريض والكشف عنها وتفسير إكتشافاته ، وتوجهه نحو أفعال إيجابية .

ويتضح لنا مقدار التوجيه من سرد تفاصيل المقابلة التالية التي دارت بين المعالج والمريض :

المريض : حاولت أن أهمل كل هذا في سن ١٩ وأصبحت مفتوناً بالفتاة ، ولكن مع ذلك كنت خائفاً لدرجة أنني لم أجرؤ على الإقتراب منها . وكان الشعور قوياً لدرجة أنه يتراكم ويترسب ويحتبس في داخلي . وهكذا كان الأمر بالنسبة لي إما كله أو لا شيء على الإطلاق . وحتى الآن فإنه لا شيء . وللفتاة الحالية عندما أشعر نحوها شعوراً قوياً فإنني أشعر أنه ينبغي علي أن أفعل شيئاً ما نحوها . ولكنني لا أفعل أي شيء إنني خائف من الشيطان .

المعالج النفسي : يبدو أنك قد بعت نفسك للشيطان بعد كل هذا .

المريض : إذا انفجر الوضع فإنني سأصبح متوحشاً .

المعالج : وهذا يكون ؟

المريض : يحتمل أنني ربما أؤذي الفتاة بطريقة ما ، إن الفكرة تأتيني بأنني أقتل الفتاة في هذه النوبة الجنونية .

المعالج : كيف سوف تقتلها ؟

المريض : ربما أخنقها بيدي حول عنقها .

المعالج : وما هذا الذي سوف تخنقه .

المريض : إنني أخنق مشاعري ذاتها ، مشاعري بالرغبة الزائدة في الجماع الجنسي معها .

المعالج : وعلى ذلك فإن الفتاة تحل محل رغباتك ، تلك الرغبات التي أنت

خائف منها ، بالضبط كما يحل محلها الشيطان . في وهم خنق الفتاة هذا إنك تجعل الصراع الذي يوجد داخل ذهنك تجعله درامياً مفعماً .

وواضح في هذه المقابلة دور المعالج الإيجابي في التوجيه والتفسير . أما في العلاج غير التوجيهي فإن القسم الأعظم من المسئولية يلقى على المريض والمعالج عليه أن يوفر جواً من التسامح والقبول والود والدفء والصداقة بحيث يشعر المريض بالقبول والأمان ، ويستدعي مشاعره الداخلية دون خوف من عقاب أو رقابة أو نقد . وعلى المعالج أن يساعد المريض أن يوضح مشاعره وذلك عن طريق أن يعكس المعالج إنفعالات المريض بدلاً من تفسيرها . والمثال الآتي المأخوذ من مقابلة في العلاج غير التوجيهي يوضح الفرق بين هذين الأسلوبين .

المريض : إنني خائف ، إنني واقع في حبها ، ولا أستطيع أن استذكر أو أن أعمل أي شيء إذا لم أراها ، ومع ذلك إنني أعرف أنها لن تكون وفية لي ، إنني لا أعرف أي الطريق أسلك ؟

المعالج : أنت تريد أن تستمر في رؤية فرانسيس ولكنك تخاف من أنك سوف تؤذيها ؟

المريض : نعم إنني أتطلع كثيراً إلى رؤيتها ولا أعتقد أنني أستطيع أن أعيش بدونها ، إنني لا أستطيع أن أدرس أو أن أعمل أي شيء عندما لا أراها . ولكن هل ترغب هي في الدوران والمراوغة وأنا أعلم أن لها علاقات جنسية مع أشخاص آخرين . وهذا أيضاً سوف يعني أنني لا أحتمل فكرة جماعها مع شخص آخر إذا كانت سوف تستقر معي ، أم أنني خائف من أنها سوف لا تستقر .

المعالج : أنت تشعر أن كل شيء سوف يحل إذا هي فقط أحبتك ولكنك خائف ؟

المريض : « إنني خائف حتى لمجرد المحاولة إنني أضمن ذلك . إنها تصر أنها تحبني . . . ولكن . . . سوف »[1] .

في الممارسة العملية يمثل العلاج التوجيهي وغير التوجيهي قطبين لخط واحد متصل حيث يمارس كل معالج جزءاً من الأنماط الموجهة وجزء آخر من الأساليب غير التوجيهية ، ولا يوجد إلا نفر قليل من الأطباء النفسيين الذين يعقدون أنفسهم كلية لأحد هذين الأسلوبين ، فأحياناً يركز المعالج على الأسلوب غير التوجيهي أو التوجيهي حسب حاجة المريض المعين ، ودائماً هناك قدر كبير من المرونة . ولقد أثبت نجاح العلاج غير التوجيهي مع المرضى الذين لهم شخصية ثابتة ومعقولة ، والذين يعانون فقط من بعض المشاكل المباشرة أما العلاج التوجيهي فأكثر فاعلية مع المرضى الأكثر اضطراباً والذين يعانون من الأمراض النفسية الحادة .

المرونة في مقابل الجمود في العلاج :-

هناك بعض المعالجين الذين يتبعون بأمانة منهجاً معيناً للعلاج في التحليل النفسي ، ويؤمنون بتقنياته ومفاهيمه وديناميات ونظرياته . وبعض المعالجين يعتقدون أن العلاج التوجيهي وغير التوجيهي نقيضان ، وأنه على المعالج أن يتبع أحدهما أو الآخر . ولكن مهما كان فإن الغالبية الساحقة من المعالجين النفسيين يميلون إلى التلفيق elcectic opproach بمعنى أنهم يستفيدون من مختلف المفاهيم ومن شتى الإجراءات والأساليب وذلك حسبما تحتاج حالة المريض ، وإن كان هذا لا يعني أن التحليل النفسي أو العلاج التوجيهي أو غير التوجيهي ليس ملائماً بحد ذاته لبعض المرضى . وبطبيعة الحال لا ينبغي أن نطبق منهجاً واحداً من مناهج العلاج على جميع المرضى . فمن الواضح أنه يصبح علاجاً عديم الجدوى إذا استخدمنا منهج التوضيح غير التوجيهي للمشاعر والاتجاهات في علاج حالة فصامية مزمنة يعاني صاحبها من الهذيان والهلوسة .

---

(١) Coleman, J., E., op. cit., p. 546.

أما الأطباء الذين يحصرون أنفسهم في منهج معين فإنهم في الغالب ما يختارون مرضاهم بعناية من أولئك الذين يستفيدون من هذا المنهج أحسن إفادة فعلى سبيل المثال لا تختار المريض الفصامي البالغ من العمر ٦٠ عاماً للمعالجة بالتحليل النفسي التقليدي .

ولكن هناك معالجين آخرين يقبلون مجموعة متجانسة من المرضى ويغيرون ويبدلون من إجراءاتهم العلاجية بحيث تناسب كل حالة من الحالات .

العلاج الجزئي في مقابل الدفعة الكلية :

معظم العلاج النفسي يتم في أسلوب يمكن تسميته أسلوب منعزل segregected fachion فالمريض قد يتلقى جلسة مداها ساعة لعدة مرات في الأسبوع لمساعدته على صراعاته ، ولإكتساب أساليب أكثر صحة في التكيف ، ولكن قليل من الجهد العلاجي يوجه إلى مواقف حياته أو ينسق بينها أي بين العلاج وبين مناشطه الأخرى في مقابل ذلك هناك ما يمكن تسميته بعلاج الدفعة الكلية total puch أو ما يسمى بعلاج البيئة أو المحيط الإجتماعي milieu حيث تخضع مواقف حياة المريض كلها وكل مناشطه للخطة العلاجية . وبطبيعة الحال يقتصر هذا أساساً على مرضى المستشفيات ويتضمن تنسيق كل مناشط المريض منذ اللحظة التي يستيقظ فيها في الصباح حتى يذهب إلى فراشه وذلك في إطار تخطيط دقيق ومنظم مع العاملين في المستشفى كالأطباء العقليين والأخصائيين النفسيين والممرضين والممرضات والمشرفين على العنابر والمتخصصين في العلاج المهني وكل من يتصل بالمريض .

إن المريض الذي يشعر أنه غير مرغوب فيه وأنه لا يستحق الإحترام من الآخرين يحتاج إلى خلق جو من الحب والدفء .

كذلك فإن هناك مجموعة من العلاقات الشخصية يجب أن ترتبط بالعلاج النفسي كالترفيه المخطط . وذلك لتوفير أقصى فاعلية للعلاج . ولقد تبين أن

علاج الدفعة الكلية أكثر فاعلية في المستشفيات الأمريكية حيث يستفاد من كل نشاط داخل المستشفى لتحقيق الأغراض العلاجية .

العلاج الجماعي : Group Therapy

هو عبارة عن مناقشة جماعية أو مناشط جماعية أخرى لها قيمة علاجية يشترك فيها أكثر من مريض(١) في وقت واحد ويعرفه جيمس دويفر بأنه أسلوب من العلاج الجماعي أو التجمعي لمجموعة من الأفراد كما يحدث في السسيودراما والسيكودراما(٢) .

أما إنجلس فيعرفه عن طريق وصف طبيعة الجماعة نفسها فيقول أنه أي جماعة يتوحد الفرد وإياها أو يقارن الفرد نفسه بها ، ويتقمص الجماعة لدرجة أنه يتبنى معاييرها وإتجاهاتها وأنماط سلوكها ، كما لو كانت معاييره هو ، فتصبح هذه الجماعة هي جماعته المرجعية حيث يرى نفسه منتمياً إليها . وليس من الضروري أن تكون هذه العضوية عضوية حقيقية حيث يمكن أن يوجد لشخص واحد أكثر من جماعة(٣) .

الخطآن الأساسيان اللذان يحدوان الصحة النفسية هما الصراع الزائد مع وجود مشاعر بأن المريض لا حول له ولا قوة مع الشعور بالتوتر والحصر أما الخط الثاني فهو إنعزال الفرد عن زملائه مع مشاعر الوحدة والنبذ أو الفرد ولذلك فإن المعالج النفسي يسعى من ناحية أن يكسر المريض صراعاته ويساعد من ناحية أخرى للحصول على علاقات شخصية أكثر رضا ونجاحاً .

عندما تحدد أهداف العلاج بهذه الطريقة نستطيع أن نتنبأ أن هناك بعض المزايا في العلاج الجماعي ، حيث يعبر الفرد فيه عن صراعاته في حضور الناس الآخرين وحيث يتبادل أعضاء الجماعة الاحترام المتبادل والتعضيد والمساعدة ،

---

(١) Hilgard, E.R., op. cit., p. 621.

(٢) Drever, J., A., Dictionary of Psychology, Penguin Books, 1963, p. 110.

(٣) English, H.B., and English, A.C., op. cit., p. 232.

والإنتماء وذلك من خلال عملهم المشترك لحل مشكلاتهم .

لقد مارس الناس العلاج الجماعي ، ولكن بصورة غير رسمية منذ سنوات كثيرة فالمرشدون في معسكرات الأطفال استطاعوا أن يساعدوا الأطفال من خلال المناقشات الجماعية في المعسكرات الصيفية ، واستطاعوا أن يحسنوا من علاقات الطفل بزملائه ، وأن يزيدوا من احترامه لنفسه كعضو مقبول في الجماعة ، كذلك معسكرات الشباب والكشافة وغيرها من الأندية التي تدار إدارة حكيمة وودية .

ومنذ سنوات تبين لعلماء النفس وعلماء الطب العقلي أن العلاج الجماعي طريقة علمية علاجية ينبغي أن تدرس وأن تخطط كأي منهج آخر مقبول . وهنا نتساءل هل للعلاج الجماعي مزايا عن العلاج الفردي ؟

لا شك أن لهذا المنهج كثير من المزايا من أهمها :

١ ـ أنها طريقة اقتصادية في الوقت المطلوب للعلاج ذلك لأن المعالج الواحد يستطيع أن يساعد عدة أشخاص في وقت واحد .

٢ ـ كذلك فإن الجماعة توفر خبرات الاتصال والتفاعل مع الناس الآخرين . هذه الميزة الأخيرة تحتاج لمزيد من الدراسة والبحث ، ولكن من المؤكد أننا قد نجد بعض الأشخاص الذين يستجيبون أفضل للعلاج الجماعي ، عما يستجيبون للعلاج الفردي ، بل إنه من الممكن أيضاً أن يكون استخدام مزيج من العلاج الفردي والجماعي مع بعض الأفراد .

علاج الأطفال باللعب :

من المعروف أنه ليست كل أساليب العلاج النفسي قائمة على الكلمات وحدها ، فهناك اعتماد كبير على استجابات الأطفال التلقائية وتعبيرهم عن الذات من خلال اللعب . إن لعب الأطفال أكثر من مجرد منفذ للطاقة الزائدة ، بل إن لعب الأطفال هو وسيلة طبيعية للتعبير عن الذات . من خلال اللعب

يستطيع الطفل أن يمسك بمشاكله ، إنه يلعب أو يمثل الحلول المطلوبة لمشاكله بالضبط كما يفضفض أو يبوح الشخص الكبير بمشاكله ، أو يحل مشاكله . إن الاستفادة من مواقف اللعب في تحقيق تكيف الطفل وفي حل مشاكله تعرف باسم العلاج عن طريق اللعب play therapy .

وهنا نتساءل كيف تعد حجرة اللعب العلاجي ؟

تزود الحجرة تزويداً جيداً بمواد اللعب التي تشبه في أحجامها وطبيعتها الأشياء الحقيقية ، فيوجد بها حوض فيه مياه جارية كما يوجد بها الألوان والصلصال ، كذلك يوجد بها منزل لعبة adoll house فيه أجزاء ومحتويات قابلة للحركة ، حيث يتيح هذا فرصة للتعبير الحر free expression ويمكن إعداد مثل هذه الحجرة في منزل الطفل ، ويوجد أثاث كثير ودمى تمثل الكبار والصغار وفي حجمهم الطبيعي ، ودمى متحركة يدوية . كذلك هناك بنادق لعب وسيارات وحيوانات وتليفونات وما إلى ذلك مما يجعل اللعب التعبيري ممكناً Expressive play .

ويستخدم المرشدون النفسيون في اللعب العلاجي كل الممارسات الموجودة في الأشكال الأخرى من الإرشاد . وهناك أشكال متعددة من هذا اللعب العلاجي منها علاج الراحة release يعبر الطفل عن حصره وتوتره خلال استخدام مواد اللعب كالمكعبات وأدوات الرسم بالأصابع وصناديق الرمال .

ويعني هذا المنهج تحرير الفرد من التوتر وإطلاق عنانه . ومن الأساليب العلاجية الأخرى علاج العلاقة والعلاج النفسي أو التأويلي .

بالنسبة لعلاج التحرير أو العتق فإن هذا المنهج يؤكد على أهمية توفير فرص التعبير عن الإنفعالات الحبيسة ، ولاسيما النزعات العدوانية والعداوة . في حجرة اللعب يسمح للطفل بأن يقذف بالصلصال ، وأن يعبث بألوان الرسم أو يخلطها ، وأن يكسر الدمى ، وبذلك يستخرج مشاعره المفعمة خارج نظامه

النفسي ، ويؤدي ذلك إلى نتائج مفيدة . وفي الغالب ما توضع حدود لمقدار التدمير أو التخريب الذي يسمح به ، بحيث يسمح بتدمير الأشياء المستهلكة وأحياناً تقتصر تدمير الدمى على تمزيق الورق الذي يحيط بالدمية . وهكذا فالطفل يسمح له بالتعبير عن دوافعه الهدامة وكذلك يقبل مثل هذه الدوافع ، ولكنه في نفس الوقت عليه أن يتعلم أن يعبر عن هذا في إطار حدود اجتماعية معقولة ، فعندما يسمح للطفل بأن يكسر أو يدمر أشياء تبدو له ذات قيمة كبيرة أو عندما يفعل أشياء يعتبرها هو نفسه محرمة فإن حصره وشعوره بالذنب يزداد أو يتعاظم أو يصعد أو يرتفع وبذلك نفقد التأثيرات المفيدة لعلاج التحرر أو العتق .

علاج العلاقات : Relationship Therapy

هذا النمط من العلاج يركز على التبادل بين الطفل والمعالج في حجرة اللعب . والغرض الذي يكمن وراء هذا المنهج أن متاعب الطفل إنما نشأت من خلال إضطرابات العلاقات بين الطفل وغيره من الناس لدرجة أنه أصبح لا يثق في الآخرين بل ربما فقد الإيمان في نفسه أيضاً . أما الآن ، وفي إطار هذا العلاج ، فإن الطفل يلتقي بشخص رائد كبير يفهمه ويتركه أو يسمح له أن يكون ذاته ، شخص دافىء ، وودود وصديق ! ومن ثم فإن الطفل يتغير من خلال علاقته بالمعالج أكثر من خلال أي شيء يشرحه له المعالج . ونظَراً لأنه تعلم كيفية الحصول على علاقة جيدة مع شخص ما هو المعالج ، فإن إتجاه الطفل نحو ذاته ونحو غيره من الأشخاص يعـدل بطريقة كلية إجمالية .

العلاج التفسيري أو التأويلي : Interpretue Therapy

هذا النوع من العلاج يذهب خطوة أبعد من علاج التحرير وعلاج العلاقات ، ويقصد بهذه الخطوة إتصال الفهم من قبل المعالج للطفل أو نقل هذا الفهم إلى الطفل . إن المعالج يرى في ألعاب الطفل التعبير عن بعض الصراعات التي هي ليست واضحة بالنسبة للطفل ، أو أن الطفل لا يستطيع أن

يعبر عنها أو يضعها في كلمات ، والمعالج يساعد الطفل في أن يضع هذه الصراعات في كلمات أو يعبر عنها في عبارات ، وبهذا يساعده على حلها . وعلى سبيل المثال فإن المعالج قد يشير إلى أن الصبيان يكرهون ويحبون آباءهم . إن هذا التصميم لهذا الصراع الذي يعتقد الطفل أنه صراعه هو وحده قد يجعل الطفل يشعر شعوراً بالذنب أقل إيذاء وذبذبة، هذا ومن ثم يساعده على إقامة علاقة أفضل مع والده . ويستخدم فكرة التأويل هذه أيضاً في العلاج عن طريق التحليل النفسي .

العلاج التنويمي : Hypnatherapy

إن استخدام التنويم المغناطيسي كان معروفاً منذ القدم عند قدماء المصريين ، وعند شعوب أخرى ، ولكن استخدامه الحديث يرجع إلى مسمر Mesmer ولقد وجد بيرنكيرم Berncherm أنه يمكن استخدام التنويم المغناطيسي في علاج التشنج الهستيري وأعراضه حتى بدون معرفة أسباب هذا التشنج . ولكن فرويد اكتشف فيما بعد أن التنويم المغناطيسي يزيل فقط الأعراض ، وأنه مؤثر وقتي ، فالأعراض قد تعود ثانية ، أو تظهر في شكل آخر ، ولذلك توقف فرويد عن الإستمرار في استخدام التنويم المغناطيسي في العلاج ، وظل الأمر كذلك حتى بدأ البحث التجريبي على التنويم المغناطيسي بواسطة أركون وبريمان وجل Gill و Bremman و Erıkson ، وغيرهم من الباحثين ، وقادت بحوثهم نحو فهم أفضل لديناميات التنويم ولاعادة الاهتمام في إمكانياته العلاجية .

إحداث التنويم : Tenduction

تتضمن هذه العملية عدة خطوات تتفاوت من حالة إلى أخرى حسب إستجابة العميل وخضوعه للتنويم :

١ ـ الحصول على تعاون العميل وتخليصه من أي خوف إزاء التنويم .

٢ ـ وضع المريض في موضع مريح جداً واسترخائه استرخاء كلياً في جلسته .

٣ ـ تضييق دائرة إنتباهه وتركيز إنتباهه تركيزاً شديداً على شيء ما ، كأن يركز نظره في عين الطبيب أو نحو شيء براق لامع في الحجرة .

٤ ـ توجيه مناشط العميل عن طريق الإيحاءات المدعمة مع الاعتماد على تكرار الإيحاءات ، واستخدام الاستجابات الجسمية الطبيعية كما لو كانت أتت في الإتجاه الذي يريده الطبيب لخلق إنطباع في ذهن المريض أنه أصبح مطيعاً لإيحاءات الطبيب . وهكذا تزداد قابليته للإيحاء وتمتد لإتجاهات أخرى . فعلى سبيل المثال قد يوجه المريض للنظر عالياً نحو ضوء ما . بعد ذلك بفترة قصيرة يخبره المعالج أن رموش عينيه بدأت في الثقل . هذه إستجابة طبيعية للارهاق من النظر إلى أعلى ، ولكن المريض يفسرها على أنها ترجع إلى توجيهات المعالج . وهكذا يمهد الطريق أمام إيحاءات إضافية . ومن الأفكار الحديثة والشيقة استخدام التسجيلات لاحداث التنويم ، ولكن هذا الاستخدام محدود لأن التعليمات المسجلة لا يمكن تغييرها أو تعديلها لكي تناسب عميلاً معيناً .

وهنا ينبغي الإشارة أنه لا يمكن تنويم كل الناس ، وأن الناس ينامون بدرجات متفاوتة من العمق ، فيتفاوت النوم عن النوم الخفيف بحيث يخضع المريض لنوع خفيف من النعاس ، ويتبع التعليمات البسيطة .

وهناك التنويم العميق الذي قد يؤدي إلى حالة تخدير كامل وقد يفتح المريض عينية ويتحول دون أن يعرقل هنا حالة النوم عنده .

السلوك التنويمي : Hypnotic Behaviour

هناك كثير من الظواهر التي يمكن أن تنتج عن حالة التنويم من ذلك تجمد الجسم وتصلبه وفقدان الحركة . وحالة التخدير التي يفقد فيها عضو من أعضاء الجسم أو حتى الجسم كله يفقد الإحساس والشعور لدرجة أنه يمكن إجراء

بعض العمليات الجراحية دون أن يشعر بأي ألم ، وحالة فقدان الذاكرة لما حدث أثناء التنويم ، أما الذي يهمنا هنا فهو تلك الظواهر التي ترتبط مباشرة بالعلاج النفسي من ذلك ما يلي :

استرجاع أو استدعاء الذكريات الدفينة كالخبرات الأليمة التي كبتت ، يمكن إستعادتها عن طريق التنويم . ولقد أمكن علاج حالات الجنود الذين أصيبوا في الحرب العالمية الثانية ، أمكن لهؤلاء الجنود أن يعيدوا إحياء خبراتهم الحربية أو خبراتهم بالمعارك التي خاضوها . وبهذه الطريقة استطاعوا أن يصرفوا التوترات الإنفعالية المرتبطة بتلك الخبرات ، وكذلك صدمات الحياة المدنية وخبرات الطفولة والمراهقة .

النكوص العمري : Age Regression

وهي عملية قريبة من الإسترجاع التذكري ، وفي هذه العملية يخبر المعالج المريض بأنه قد أصبح طفلاً في سن السادسة مرة أخرى ، وبناء على ذلك فإنه سوف يتصرف ويسلك . ويتكلم ويفكر مثلما كان يفعل ذلك وهو في سن السادسة . وبإعادة شخص ما القهقرى عبر المراحل المتتالية يتغير سلوكه بل حتى كتابه يده تصبح كتابة طفلية . ولقد تبين أن للنكوص العمري قيمة كبيرة في العودة إلى الوقت السابق لبداية بعض الأعراض كالفوبيات وإكتشاف الأحداث الخاصة التي أثارت وفجرت الأعراض ، وعلى ذلك فإن للنكوص العمري فائدة في إعادة اكتشاف الصدمات الدفينة لكي يعاد إحياؤ ها وإحياء الأعراض المتصلة بها . أحياناً يعود العلاج إلى كثير من الخبرات الحقيقية ذات المعنى والدلالة في نمو إضطرابات المريض العقلية ، وفي خلال هذه العملية يستطيع المريض أن ينظر إلى هذه الخبرات بأسلوب جديد أكثر نضجاً ويؤدي ذلك إلى تعديل الإتجاهات الموجودة وتعديل بناء الذات[١] .

ومن الحالات التي يصلح لعلاجها هذا المنهج السلوك القهري أو

---

(١) Coleman, J. C., op. cit., p. 553.

الإستحواذي ومن أمثلة ذلك حالة صبي كان في سن الرابعة عشر ، وفسر سلوكه بأنه محاولة رمزية لتخليص نفسه من الشعور الوسواسي بالذنب عن طريق النظافة القهرية أو الإستحواذية compulsive cleanliness .

لقد ظهرت نزعة هذا الصبي الأولى نحو النظافة الزائدة في سن الثالثة عشر ، عندما لوحظ عليه أنه يغسل يديه مرات كثيرة أثناء النهار . وبعد ذلك أصبح يستحم كثيراً وكثيراً ما كان يمكث ساعتين أو ثلاث في الحمام . وكثيراً ما كان يدهن وجهه ويديه ويلطخها بمادة اليود ، وكان يخبر والديه بأنه « تخربش » ويريد أن يقي نفسه من شر العدوى infection وبالإضافة إلى اليود إشترى مادة الميكروكروم وغيرها من المواد المطهرة antiseptic لكي يستخدمها في حالات « الضرورة » كذلك إستخدام محلول حامض البوريك ليغسل به عينيه كل مساء ، ولقد قرر والديه أنه كان يرفض اللعب في المباريات العادية مع الأطفال الآخرين لأنه لم يشأ أن يلوث يديه soil his hands .

وعندما سئل عن إهتمامه الزائد بالنظافة قرر أنه يدرك أنه يغتسل اكثر من غيره من الصبيان ولكن ذلك يرجع في حالته إلى أسباب حقيقية ، إنه يعتقد أن جلده مكون من نسيج خاص بحيث يحتوي على الجراثيم والقذارة ، ولذلك فهو مضطر إلى أن يغسل « ويحك نفسه » .

ولم تنجح محاولات الإقناع لتخليصه من هذه الحالة إلا بعد حل صراعاته . ولقد قرر أنه كان يشعر بالقلق الزائد إزاء شعوره بالذنب guilt عن علاقاته السابقة بالصبيان . لقد إكتشف ابويه أنه شارك في الألعاب الجنسية ، ولذلك عاقباه على ذلك . وكانا « يحاضران » له عن شرور السلوك اللااخلاقي ، وذلك عندما كان في سن التاسعة وجعلاه يوقع على « ضمان » بعدم التدخين أو شرب حتى البيرة .

واخبراه كيف أن امراضاً مرعبة تحدث نتيجة العادة السرية masterbation ويذكرانه في مرات كثيرة « تورم » بعد العادة السرية وبعد كل

مرة كان يشعر بالخجل من نفسه . وكان يعتقد أنه ناقص في خلقه وفي قوة إرادته لأنه لم يستطع التوقف عن هذه العادة . ويقول « إنني اعرف أنها عادة قذرة إذا اكتشفني أي شخص فإنه سوف يفكر في اشياء فظيعة عني . ولكن بعد كثير من المقابلات والمناقشات بدأ في تغيير إتجاهاته نحو عدم إخلاقية سلوكه السابق»، وإنخفضت نزعة حبه للنظافة الزائدة تدريجياً ، وأصبح قادراً على الإسهام في مناشط غيره من الصبيان بدون أن يشعر بأنه يلوث يديه وملابسه .

كذلك فإن الأفكار الوسواسية لقتل شخص ما يحبه المريض حباً شديداً قد تؤدي إلى سلوك إستحواذي كوسيلة مضادة لهذه الأفكار . وفي الحالات الشديدة جداً يكبت دافع التهديد كبتاً شديداً لدرجة أن المريض لا يشعر بأي نمط وسواسي ، وإنما يشعر فقط بآلية الدفاع الإستحواذية وردود فعلها . ففي حالة سيدة صغيرة كانت تعاني شعوراً عدوانياً شديداً نحو إبنتها ، وكان هذا الشعور مؤلماً جداً لدرجة أنها كبتته ، ولكن هذه العداوة كانت تهدد دائماً بالإنفجار ، وكنتيجة لذلك نما عند المريضة رد فعل دفاعي قهري . ففي حالات الشدة كانت تجد نفسها مضطرة ومرغمة أن تعمل علامة الصليب ، وأن تكرر « الهي إحفظ إبنتي الصغيرة العزيزة المحبوبة وأحميها » ولم يكن لديها أي فكرة عن سبب قيامها بهذا العمل . لقد كان يبدو لها عديم المعنى وسخيفاً ، وفي الحالة التالية يظهر بوضوح شعور العداوة المزاح .

حالة مريض كان يشعر بأنه مرغم أن يتأكد أن جميع الأبواب التي مر خلالها مغلقة ، وكان يضايقه جداً أن يعود عدة مرات للتأكد من أنها ليست مفتوحة ، وكان يريد أو ينكص إلى سن ٥ سنوات . ويساعد هذا النكوص في العلاج تحت التنويم المغناطيسي حيث يمكن تذكر الأحداث التي سبقت بالضبط ظهور الأعراض . لقد وجد أنه بعد عيد ميلاده الخامس ، حدث أن حطم أخوه لعبة كان يحبها ويعتز بها إعتزازاً شديداً . ولقد إمتلأ بالرغبة في الانتقام المكثف لدرجة أنه إرتجف وارتعد ، وبدلا من أن يهاجم أخاه إستدار إلى الخلف وهرب

في حجرته ، وضرب الباب بشدة ، كما لو كان يريد أن يعزل نفسه عن شقيقه ، وبعد ذلك كلما كان يشعر بالعداوة نحو أخيه كان يجد نفسه مضطراً أن يغلق الأبواب بعنف . وسرعان ما تحول هذا العمل إلى عمل قهري إستحواذي كما لو كان يخدم في تحقيق محايدة عداوته أو تحقيقها . إن تذكر المريض لهذه الخبرة الأصلية كان مصاحباً بمشاعر إنفعالية قوية كالغضب والبكاء والضرب براحتيه على منضدته . ولقد أمره المعالج أن يتذكر الخبرة الأصلية عندما إستيقظ من التنويم . وبعد هذا اليوم توقف عن دفع الباب بعنف[١] .

نعود إلى التحليل التنويمي فنقول إن المنوم يقود المريض عبر متاهة من المادة اللاشعورية ، وعليه أن يعرف أي النزعات لها أهمية وأيها ثانوية . ويجب أن يعرف كيف يعالج « التحويل » و« المقاومة » وكيف يستطيع أن يعمل « التفسيرات » المناسبة في الوقت المناسب .

وهناك حالة لسيدة في سن الثانية والأربعين (عانس) كانت تعاني من حالة عصاب قديم ، ومن بين أعراضه ضرورة قهرية لكي تنظف حلقها كل عدة لحظات ، ولم يكن ذلك عملاً مضايقاً وحسب ، وإنما مخجلاً ومربكاً . ولقد إضطرها هذا الاستحواذ أن تترك وظيفة مريحة كمغنية ، وأن تصبح موظفة في مكتب وهي وظيفة كانت تحتقرها هي كثيراً . وفي خلال عملية التحليل التنويمي حاول المعالج التعرف على سبب هذا العرض الغريب ، وتبين من إستجوابها أن هذا العرض ظهر أولا منذ ١٨ عاماً ، وأنها كانت في سن الرابعة والعشرين آن ذاك وعندما وضعها المعالج في نومة عميقة . إستطاعت أن ترتد إلى هذا السن ، ولكن لوحظ أن مضايقة الحلق إستمرت في الظهور ، وعندئذ أمرها المحلل أن ترتد أكثر وأكثر إلى وقت يسبق بداية ظهور المشكلة ، وحينئذ قالت إنها الآن في سن الثانية والعشرين ، وأنها لا تشكو من زورها ، وعندئذ طلب منها أن تعيد احياء كل خبرة أو كل حادث إنفعالي حدث في هذا الوقت حتى ذكرت أنها الآن

---

(١) Coleman, J. C., op. cit., p. 213.

تذهب في نزهة picnic مع خطيبها الذي كانت تحبه حباً عميقاً وكانا على وشك الزواج في غضون عدة أيام . كانا يتنزهان على شاطىء بحيرة كبيرة ونزلا فيها يجدفان ، وهبت الرياح وسرعان ما انقلب القارب وغاصا في الماء ، ولم تكن قادرة على السباحة ، ولكن الـــشاب أنقذ حياتها عن طريق دفعها نحو القارب المقلوب ، ذلك الذي أمسكت به حتى أنقذها الآخرون . ولكن خطيبها لم يكن سباحاً ماهراً ، وقد أرهقة المجهود الكثير الذي بذله فقد غاص إلى الأعماق وغرق لقد عبرت عن كل هذا ووصفته بكثير من الانفعال ، وبعد ذلك بدأت كما لو كانت تلعق وتبتلع المياه . وبعد أن هدأت حالتها . بكت قائلة : إنني أحبه كثيراً ولا أحتمل فقدانه ، إنني لا أستطيع أن أبتلع ذلك ، إنها تلصق في زوري أو في حلقي لماذا هذا هو السبب . . إنني أنظف حلقي . . ثم أعيدت إلى الحاضر وانتهت الغفلة أو النومة .

وبعد ذلك ، وبمزيد من الإستبصار ، وإعادة التعلم ، اختفت هذه الأعراض وأصبحت أحسن تكيفاً .

احداث الأحلام :

في خلال عملية التنويم يمكن الإيحاء بأحلام معينة بعد الجلسة في النوم الطبيعي للمريض . لمثل هذه الأحلام قيمة كبيرة في الكشف عن الرغبات المكبوتة والصراعات وفي توكيد الإتجاهات الحقيقية للمريض نحو اشخاص معينين في بيئته الاجتماعية .

فهناك حالة لسيدة جعلتها مقاومتها القوية للعلاج تكشف عن التعبير عن نفسها ولا تتذكر أو تتداعى بحرية حتى وصل العلاج إلى طريق مسدود impasse ولقد اوحى اليها المحلل بأنها سوف تحلم في التنويم بأسباب غلق باب العلاج ثم حلمت فعلا بالحلم التالي :

« إنني أجري في متاهة من الأشجار ، وبيأس أحاول أن أهرب منك .

وأنت تلبس روبا أبيض . إنك كاهن كبير وتستطيع أن تسبقني بسهولة . إنني خائفة » .

وبعد ذلك سمح لها المحلل بالقيام بعدة أحلام أخرى لكي تساعدها لفهم شعورها الحالي نحو المعالج ، وبهذه الطريقة أمكن تخفيف مقاومتها للعلاج .

وهناك الإيحاءات اللاحقة لحالة التنويم أي التي تعقب حالة التنويم post-hypnotic suggestions وهي أوسع الأنواع إنتشاراً في العلاج النفسي حيث تطبق الإيحاءات التي تقدم أثناء الجلسة فيها بعد على حالة اليقظة على الرغم من أن المريض لا يكون مدركاً تماماً لمصدرها . فعن طريق هذه الإيحاءات يوحى للمريض بأنه لن يتلعثم في كلامه بعد إيقاظه ، أو أنه لن يرغب بعد اليوم في الخمر أو التدخين .

ولكن للأسف دوام هذا النوع من الإيحاء يكون قصيراً . فإذا لم تعزز وتعضد هذه الإيحاءات المباشرة فإن المريض قد يعود إلى الرغبة في الشرب أو التدخين . وواضح أنها لا تعالج إلا الأعراض لأنها لا تعمل شيئاً لعلاج الأسباب أو الظروف التي أدت إلى الثأثأة أو إدمان الشرب[1] .

ولكن التنويم المغناطيسي قد يتضمن بعض الأخطار ، فالتنويم في يد المعالج غير المدرب خطير ، كذلك المنومون المحترفون لا يؤدون أي خدمة مفيدة ، وقد يؤذون العميل ويتورطون في مواقف خطيرة إذ المهم هو الخبرة الطبية والسيكولوجية .

العلاج بالتخدير Narco therapy :

من المعروف قديماً أن المريض تحت تأثير حالات الكحول والتخدير anesthetic يكشف عن الصراعات الشخصية والدوافع المكبوتة وغيرها من

(١) Coleman, J. C., op. cit., p. 555.

جوانب الشخصية التي لا يعرفها المريض .

لقد كان الطبيب الإنجليزي هورسيلي Horsley في الثلاثينات أول من استخدم إستخداماً منظماً حالة النعاس drowsiness الناتجة من الحقن الوريدية لمواد منومة أو مسكنة borbiturate drugs في تشخيص وعلاج الإضطرابات العقلية . وأطلق على هذا المنهج في العلاج اسم التحليل التخديري narco analysis .

وفي خلال الحرب العالمية الثانية أدخل كل من جرينكر Grinker وسبيجل Speigel تعديلاً على هذه الطريقة ، وإستخدما التعديل لعلاج الحالات المصدومة من المعركة . ولقد نجحت هذه الطريقة في علاج كثير من الحالات ، منها حالة ، ضابط مشاة infantry officer كان قد اصيب بالخرس ، وبفقدان الذاكرة ، وامكن إستدعاء الخبرات المؤلمة عن طريق النكوص أو العودة القهقرى إلى إحداث المعارك الحربية .

ومنذ ذلك التاريخ وهذا المنهج يستخدم إستخداماً ناجحاً مع المدنيين . وكان هناك جنود يعانون من الشلل أو العرج الهيستيري hysterical lameness ، وفي إحدى الحالات كان يرجع إلى صراعات تتعلق بأسرة الجندي في الماضي ، وعندما اعطي الجندي حقنة بنتوثال الصوديوم sodium pentothal ثم وجهه المحلل إلى المشي ، وجد نفسه قادراً على المشي ، وابدى دهشته من ذلك . ولكن هذه الازالة الحاسمة للعرض لا تعني الشفاء cure ولا تحل محله ، ولكنها تمهد الطريق امام العلاج النفسي المكثف ، ولقد وصلت هذه الطريقة إلى أقصى درجات النجاح عندما وصل المريض إلى القدرة على لعب كرة السلة كجزء من برنامج العلاج ، وقد نما نضوجه وإستقلاله وقوته على المشاركة « بكل قلبه » وبكل كفاءة .

إن إستجابات المرضى لعلاج التخدير ، وخاصة اصحاب الإضطرابات القصيرة أو العابرة ، حيث تكون شخصياتهم ثابتة نسبياً قبل إشتداد الضغط ،

هذه الإستجابات لهذا العلاج تصبح ناجحة وقوية جداً . ففاقدو الذاكرة يستعيدونها والخرس يتمكنون من الكلام ، والصم يسمعون ، والمشلولون يستخدمون أطرافهم limbs . والمذهولون أو الذين هم في غيبوبة ، وحتى مرضى الذهان العقلي يصبحون أكثر تماسكاً ، ويربطون بين أجزاء خبراتهم . ولكن حيث يرجع المرض إلى علل طويلة المدى في بناء الذات ، كما هو الحال في حالات الفصام ، فليس لعلاج التخدير إلا قيمة قليلة .

على كل حال في يد المحلل الماهر يمكن إستخدام المقابلة التي تتم تحت التخدير norcosis بكفاءة وفاعلية في التخفيف من حدة الإنفعالات المحبوسة pent-upemoions في إستعادة الذكريات المفقودة ، كما هو الحال في ردود الفعل العصابية التفككية . وفي إزالة الشلل ، وغيره من الأعراض في مجموعة ردود الفعل التشنجية وبالمثل في حل الصراعات العميقة . ويمكن أن يترك المحلل إيحاءات على المريض مثل الإيحاءات اللاحقة للتنويم ، لكي ينفذها في حالة اليقظة التالية . خلال وبعد المقابلة « التخديرية » يساعد المحلل المريض عن طريق الإيحاءات والتفسيرات وغيرهما من الأساليب لاعادة تقويم وفهم وهضم assimilate الصراعات والآلام التي ظهرت في أثناء المقابلة التي أجريت تحت التخدير .

السيكودراما : Psychodrama

في خلال الحرب العالمية الثانية أنشئت مراكز لعلاج العصاب النفسي في بريطانيا ، وكان من بين مناشطها تمثيل قصص درامية أو أحداث معينة بواسطة جماعات من المرضى . وكان لهذه القصص والأحداث فوائد علاجية وتشخيصية كبيرة ؟ وفي إحداها ظل أحد المرضى يشعر بالكبت والقمع حتى في المناقشات الجماعية ، ولم يستجب للتحليل الذي تم تحت تأثير العقاقير ، ولكن إتضحت مشكلته عندما مثل منظر سقوط قنبلة عليه ، حيث قام بتمثيل دوره بانفعال كثيف ، وعندما انتهى المنظر وانتهت القصة ، نهض مذهولاً مبهوراً خائفاً ،

ومشى بعيداً في تخبط ، وعندما ضحك الآخرون عليه ذهب إلى حجرة الطبيب ، ونام دون أن يتكلم ، وأخيراً قال إنه شعر بالدوار والربكة والانسحاق كما لو كان جباناً . وأخيراً إتضح أنه خلال القذف الحقيقي كان قد إنهار معتقداً أنه أصيب في إنفجار قريب منه ، وعندما نهض ضحك عليه زملاؤه ، وأعتقد أنهم يعتقدون أنه جبان .

ابتكر هذا المنهج كما نعرف مورينو Moreno وفيه يشجع المريض لكي يمثل على خشبة المسرح موقفاً أو خبرة أو حادثاً أو قصة تتصل بصعوباته ، ويقترح موضوع الدراما المريض نفسه أو المعالج ، وقبل الجلسة مباشرة يحدد الموضوع . على سبيل المثال لقد أخبرت الزوجة زوجها أنها تحب شخصاً آخر ، وأنها ستتركه ، ومن شأن هذا أن يحدد الصورة العامة ، للموقف الدرامي ثم يترك المريض وحده يعيد تمثيل الموقف تلقائيا حتى يصبح مناسباً . وقبل بداية الجلسة وقبل أن تعطي الشخصيات الأخرى لأشخاص آخرين يقوم بتوزيع الأدوار شخص يطلق عليه اسم مساعد الذات أو مساعد المخرج auxiliary egoés وهو ليس مريضاً ، ولكنه شخص مدرب للقيام بأدوار مختلفة ، ودوره ينحصر في إثارة المريض لكي يكون واقعياً وتلقائياً .

وفي خلال عملية التمثيل يكشف المريض عن كثير من عناصر شخصيته ، كدوافعه وصراعاته وآلياته الدفاعية ، كالإسقاط والتبرير ، ولكن أهم من ذلك تأثير عملية « التطهير » على صراعاته وخبراته المؤلمة الماضية ، فخلال التمثيل قد يعبر عن مخاوفه وسخطه وشعوره بالغيرة وبالذنب وإتهاماته المضادة الذاتية ، ورغبته الداخلية في أنه لا يستطيع أن يظهر في الحياة اليومية . هذه المواد الطافية يمكن إخضاعها للتحليل في مقابلات مع الطبيب . وللسيكودراما قيمة أخرى في تدريب المريض على التلقائية spontaneety في إعادة مواجهة المواقف القديمة وفهمها فهما أكثر مواءمة وفي مواجهة المواقف الجديدة التي تنشأ من إعادة تمثيل المواقف الدرامية بمساعدة « مساعدي الذوات » . إن تعليم التعبير عن الذات

بسهولة وبتلقائية ، ومقابلة المواقف الجديدة بكفاءة ، كما تظهر تلك المواقف في المشاهد التمثيلية الدرامية ، إن لهذا قيمة كبيرة في تحرير الفرد من الإنفعالات المكبوتة أو المفعمة ، والسدود الإنفعالية وفي تنمية مرونة كبيرة ومهارات في العلاقات الشخصية .

إن السيكودراما إذا عبارة عن منهج لمساعدة المريض للتطهير النفسي عن طريق تمثيل أدوار مختلفة على خشبة المسرح ، وتصمم فيها الأدوار ، بحيث تكشف معاني هامة في بعض العلاقات الإجتماعية عند المريض .

السيكودراما مع التنويم المغناطيسي والتخدير :

من بين التنويعات المختلفة لإستخدام السيكودراما ، إدخال التنويم المغناطيسي أو التخدير معها . حيث يمكن تمثيل العلاقات التي كانت صعبة في حياة المريض الماضية ، وبذلك يكتسب المريض مهارات جديدة وثقة في مواجهته هذه العلاقات .

يساعد التنويم والتخدير على تمثيل الأحداث المؤلمة والصراعات الحادة عند المريض . ويأخذ أشخاص آخرون غير المريض ادواراً هامة في التمثيلية المنظر الدرامي dramatic scene ، كدور الأم المحبوبة ، أو الأب المخيف ، أو الزميل المكروه ، أو الرئيس العطوف . ويعتقد ولبرج Wolberg أن استخدام التنويم مفيد في إزالة المقاومة ، ولاحداث الإنفعالية ، وإعادة إحياء الموقف الإنفعالي بكثافة وعمق وحيوية vividnessوغير ذلك مما لا يمكن الحصول عليه في حالة اليقظة .

تتبع هذه التطهيرات والكشوفات بجلسات مقابلة مصممة من أجل زيادة الاستبصار وإعادة التعليم الإنفعالي .

لعب الدور Role- Playing :

لعب الدور منهج أقل رسمية من السيكودراما ، ولكنه ناتج عنها حيث

يتم إختيار موقف درامي معين وتحدد شخصيات المرضى للقيام به ويتم اختيار أربعة أنواع من المواقف ذات أهداف مختلفة وهي :

١ ـ مواقف واقعية تستهدف إعداد الفرد لمواجهة أنواع المواقف التي سيواجهها بعد خروجه من المستشفى ، على سبيل المثال كيف يواجه خريجو المستشفيات الفعلية « بعد التمتع بصفة الامتياز الخاص بدخول المستشفى العقلية » وخاصة موقف التقديم لوظائف بعد التخرج من المستشفى .

٢ ـ مواقف مصممة لتشجيع روح الجماعة والتوحد والتقمص ، وتحقيق فهم شخصي افضل ، كالعلاقة بين الممرضين ونزلاء عنابر المستشفيات ، مما يؤدي إلى عدم الإحتكاك وعدم خرق قواعد المستشفى ، وذلك بسبب المشاعر الودية ، وعدم معاملتهم معاملة القطيع ، أو ترقيمهم كما ترقم الطيور أو الحيوانات . ففي أحد المشاهد التي مثلها المرضى معاون المستشفى يأتي ويحيي مريضاً عائداً لتوه من « فسحة » في خارج المستشفى ، وباستهتار يلمح مذياعاً صغيراً كان يحمله المريض ، ثم يفتح مقصورة المريض من الخلف ويجد فيها زجاجة من الويسكي . . . .

وأسفرت مناقشة هذه الحادثة عن ضرورة إبلاغها للمسئولين حتى تتضح واجبات الممرضين والممرضات في المستشفى .

٣ ـ مواقف مخصصة لإطلاق الإنفعالات المحبوسة أو المكبوتة . فقد يمثل المريض ما كان يتمنى أن يقوله للطبيب عندما رفض الطبيب طلباً له بأن يخرج في إجازة لمدة نهاية الأسبوع ، أو قد يعيد تمثيل موقف غير سعيد حدث مع زوجته .

٤ ـ مواقف مخصصة لحل الصراعات ، ولاعادة التعليم الإنفعالي كأن يمثل المريض دور الإبن السلبي الذي تحميه أمه ، أكثر من اللازم ، يمثل كيف يقول لأمه الأرملة المحبة للتملك ، كيف أنه يرغب في ترك المنزل ، وأن يحصل بمفرده

على وظيفة ، وأن يتزوج . إن المريض الذي لم تسمح له الظروف أبداً بأن يعبر أو يقبل عدوانّة تسمح له الظروف بأن يلعب دور الشاب الغليظ الفظ . وكيف يعالج مريض آخر مشكلة شاب يأخذ أكثر من نصيبه في الطعام . إنه لأول مرة يجد نفسه من الممكن أن يعبر عن شعوره الحقيقي في موقف يسمح له بذلك من خلال هذه الفرص التي تختبر العلاقات الإجتماعية ، حيث يستبصر المريض دوافعه ومشاكله ، كما يستبصر دوافع ومشاكل الآخرين ، وبذلك ينمي علاقة شخصية أكثر رضا وإيجابية .

العلاج التوجيهي : Directive Therapy

وضع هذا الأسلوب في العلاج فردريك ثورن Thorne وهو أسلوب مضاد للعلاج المتمركز حول العميل ، وبمعنى آخر العلاج النفسي غير التوجيهي الذي قال به روجرز . وهو في جوهرة منهج إنتقائي أكثر منه منهج مستقل قائم بذاته . وعلى الرغم من أنه منهج توجيهي إلا أن ذلك لا يعني إنعدام موقف التسامح وعدم التوجيه . إلا أن ثـورن يؤمن أن زمام التوجيه في العملية العلاجية ينبغي أن يكون في يد المعالج الماهر لا في يد العميل العليل . إن السلبية وعدم التوجيه من الأمور غير المقبولة في العلاج النفسي .

ويتوقف مقدار التوجيه على مقدار إضطراب الشخصية فكلما زاد إضطراب الشخصية وعدم تنظيمها كلما إحتاجت إلى مزيد من التوجيه ويبدو في نظر ثـورن أن التوجيه قد أساء إستخدامه غير المهرة من المعالجين ، ولذلك نادى أعداؤه بعدم التوجيه كلية .

ويتطلب التوجيه أن يتدرب المعالج تدريباً دقيقاً بحيث يتمكن من إستخدام جميع الأساليب العلاجية المعروفة ، وتلك التي أهملت في الوقت الحاضر كالتنويم المغناطيسي ، والايحاء ، وإعادة تكوين الإرتباطات الشرطية . وهو يؤمن بالإنتقاء حيث تدعو الحاجة وحيث تسمح الإمكانيات المتاحة .

ويقوم المعالج النفسي التوجيهي بوضع خطة للعمل في العلاج ويقوم

بالدراسات التشخيصية لحالة المريض من ذلك دراسة تاريخ حياة المريض دراسة مستفيضة وتطبيق القياسات النفسية وإجراء الفحوص الأخرى . ويحدد العوامل المسببة للحالة ويصف الأعراض ويحدد خط سير المرض الذي يتنبأ به وتستغل هذه الخطة الإمكانات العلمية كلما أمكن ذلك .

ويقوم العلاج النفسي التوجيهي على عدة فروض منها :

١ ـ المفروض أن يتدخل المعالج النفسي ، إذا فشل المريض نفسه وفشل المجتمع والأسرة والمدرسة في تكوين سلوك شرطي صحيح . وهنا يتدخل المعالج كمرب خبير .

٢ ـ مهمة المعالج الأولى خلق الظروف المؤاتية لكي يتعلم المريض أسلوباً جديداً للحياة . ويتضمن ذلك حدوث التجاوب وتحليل الظروف الماضية ، وتصريف الإنفعالات المعوقة وتشجيع المريض لحل مشكلاته .

٣ ـ تقوم مساعدة المريض على أساس العلم وعلى أساس تدريب المعالج تدريباً مهنياً وعلمياً ، وذلك خلافاً للسلطة التعسفية كالأسرة أو المدرسة أو الحكومة أو الكنيسة .

العلاج القائم على علم المعاني Semantic Therapy :

يقصد بعلم المعاني دراسة العلاقة بين الرمز ومعناه ، وهناك مشكلة الإتصال في غالبية الإضطرابات الإنفعالية ، ولذلك من الممكن تطبيق نتائج علم المعاني على أساليب العلاج النفسي . والمريض يعجز عن إستخدام المعاني والرموز إستخداماً صحيحاً ، والسلوك العصابي إنما ينتج من نقص الفهم الصحيح للمعاني والرموز . فالشخص المريض عقلياً نعتبره غامضاً وقليل القدرة على تكوين المفاهيم السليمة . ويتولى المعالج النفسي تعليم المريض الاستخدامات الصحيحة للكلمات .

وعلى الرغم من أن معرفة هذه الأمور لا تزيل كل إضطرابات المرضى إلا

أن محاولات أنصار هذا المنهج قد لفتت نظر العلماء المعالجين إلى أهمية مشكلات الاتصال عند مرضاهم .

العلاج القائم على نظريات التعلم :

يرتبط بهذا المنهج أسماء علماء كثيرين من بينهم جون دولارد Dollard ونيل ميلر Miller وكيلي Kelley . والمعروف أن التعلم عبارة عن تغيير في سلوك الكائن الحي ، ومعنى ذلك أنه يغير أفعال الفرد عما كانت عليه ، وعما ستكون عليه لو لم يتوفر له التعلم . والتعلم قد يكون إيجابياً أو سلبياً أي قد يؤدي إلى تكوين عادات سلبية سيئة ، أو عادات إيجابية . فالإضطرابات الإنفعالية والعصاب والذهان عبارة عن خبرات أو عادات متعلمة . وليست محاولات العلاج النفسي بمختلف صوره وأشكاله إلا ضرباً من ضروب تعزيز الإستجابات الإيجابية وكف الإستجابات الخاطئة . ويستخدمون مفاهيم التعلم الأساسية في تفسير العلاج وأحداثه كعملية التعزيز ، أو التدعيم ، وعملية الكف وكذلك عملية التعميم . ويعمل المعالج على إزالة أو محو أنواع التعلم الخاطئة وتكوين غيرها إيجابية .

كما يستخدمون مبدأ تدريج التدعيم ، ويستخدمون طريقة لعب الدور كوسيلة من وسائل العلاج ، وتعلم أدواراً إجتماعية جديدة يؤدي إلى تكوين نظرة جديدة للحياة لدى المريض[١] .

ويعتبر المعالج من هذه المدرسة ، توجيهياً يستخدم التدخل والتفسير والتصويب والتدعيم . فالمرض النفسي سلوك متعلم .

العلاج القائم على تكوين التأكيدات :

يرجع هذا الأسلوب في العلاج النفسي إلى العالم لاكن فليبس Philips يختار الفرد إمكانيات السلوك لمواجهة المواقف التي تقابله في الحياة ، فالفرد

(١) Harper, R. A., Ibid.

يعيش على هدى من تأكيداته عن مواقف الحياة التي يوضع فيها . والمريض النفسي يراهن على تأكيدات احتمال فشلها كبير ، وهو شخص متطرف ، يميل إلى تكرار أنماط معينة بشكل دائري ، وبطريقة تؤدي إلى الهزيمة ، وكلما زاد تطرف المريض كلما أصبح أقل مرونة . ويأتي المريض للمعالج عندما يشعر بالفشل . وهنا يتدخل المعالج لتعديل تأكيدات المريض ، ويساعده على أن يقلل من رهانه على مثل هذه التأكيدات أو يراهن على تأكيدات أكثر نجاحاً . وينظر فيليبس إلى المريض النفسي على أنه يعاني من صراع بينه وبين البيئة نتيجة لتكرار دحض وعدم تأييد تأكيداته . والصراع يؤدي إلى التوتر والتوتر يقلل من قدرات الفرد على حل المشكلات ، ووظيفة المعالج تخفيف حدة التطرف ، وحدة التوتر ويتم ذلك عن طريق تعليم أساليب جديدة ، واحتمالات نسبة تأييدها من البيئة أكبر .

العلاج النفسي القائم على أساس عقلي : Rational-Psycho Therapy

وهو منهج حديث نتج عن الأعمال الإكلينيكية لعالم النفس الأمريكي البرت أليس Ellis ، وكان أليس من معالجي التحليل النفسي ، ولكنه كان ينتقده لإبتعاده عن العلم ، ويفترض أن التفكير أهم أسباب الإنفعال ، كما يرى أليس أن ما نسميه إنفعالاً هو نمط من التفكير المتعصب ، أو الحكم المتعصب ، وأن التفكير يقوم على أساس اللغة ، فالشخص الذي ينفعل إنفعالاً إيجابياً كالحب أو السعادة يقول لنفسه شعورياً أو لاشعورياً بعض الجمل التي تعني أن هذا الشيء (شيء طيب) . وبالمثل فإن الإنفعالات السلبية كالغضب تنتج عن الإقتناع بعبارة مثل هذا الشيء « شيء رهيب » ويعتقد أليس أن الشخص البالغ ما لم يستخدم مثل هذه الجمل شعورياً أو لاشعورياً فإن كثيراً من إنفعالاته لن تكون موجودة وإذا كان الإنفعال ينتج عن التفكير فإن ضبط التفكير يؤدي إلى ضبط هذا الإنفعال ، ويستطيع الفرد أن يغير تفكيره إلى تفكير إيجابي بتغيير أحاديثه الداخلية والخارجية التي هي الأصل في تكوين وجداناته . هذا ما يعمله المعالج طبقاً لهذا المنهج حيث يعلم مرضاه أن يخلقوا إستجاباتهم الانفعالية

بحديثهم لأنفسهم أشياء معينة . وكيف يمكنهم خلق إنفعالات أخرى إذا قالوا لأنفسهم أشياء أخرى . ويرى أليس أن الاضطراب النفسي إنما ينتج عندما يعيد الأفراد عبارات سلبية وغير منطقية وغير واقعية وإنهزامية . وعلى ذلك يجب أن يتعلموا أن يقولوا لأنفسهم عبارات واقعية منطقية وإيجابية .

ويستخدم الإنسان هذه العبارات غير المنطقية من البيئة الثقافية التي يولد فيها . ويرى أن هناك مجموعة من العبارات العامة التي تسود في الثقافة الغربية والتي يصبح على المعالج إستبدالها بعبارات إيجابية(١) أخرى ومن هذه العبارات السلبية ما يلي : -

١ - من الضروري الحتمي للشخص البالغ أن ينال استحساناً عن كل عمل يقوم به من كل شخص يحيط به . ومن الأفضل أن يعتمد الشخص على الآخرين دون اعتماده على نفسه لأن الاعتماد على الذات أنانية .

وتستبدل هذه الجملة بقضية أخرى هي :

من المفضل ، ولكن ليس من المحتم ، للبالغ أن يحبه ويستحسنه الآخرون ، والأفضل أن يتمتع الفرد باحترامه لنفسه بدلاً من استحسان الآخرين له ، ومن الأفضل أن يقف المرء على قدميه بمجهوده الذاتي بدلاً من أن يقف على الآخرين .

٢ - « إنها نكسة كبيرة أن تسير الأمور في إتجاه يخالف رغبة الفرد ، ويجب أن يساعد الآخرون على مواجهة الصعوبات التي تواجهه . ولا ينبغي أن تؤجل اللذة الحاضرة من أجل لذة مستقبلية » .

وتستبدل هذه العبارة بعبارة أخرى « أنه أمر سيىء عدم سير الأمور بالشكل الذي يرغبه الفرد ، وينبغي على الفرد أن يعمل لتغيير الظروف نحو الأفضل ، وإذا كان ذلك مستحيلاً فعليه أن يستسلم للواقع ، ولا معنى للشكوى عديمة المعنى . ومع قبول تقبل الفرد لمساعدة الآخرين ، فإن الفرد

يستطيع أن يواجه صعوباته بنفسه . وعدم قدرته على تأجيل لذاته الراهنة من أجل كسب في المستقبل يحطم حياته .

٣ ـ « إن تجنب المشكلات والمسئوليات أسهل من مواجهتها ، إن الكسل من الأمور السارة والضرورية ، إذا كان القيام بالأعمال غير سار يجب أن يثور المرء ضد هذه الأعمال » . وتستبدل هذه العبارة بعبارة أخرى : « إن الطريقة السهلة في الطريقة الصعبة في المدى البعيد ، وطريق حل المشكلات الوحيد هو مواجهتها ، والكسل وعدم النشاط أمر غير سار . إن الإنسان يشعر بالسعادة إذا كان نشطاً وحيوياً ، وعلى الفرد أن يفعل ما هو ضروري مهما كان غير سار دون شكوى أو ثورة .

ويعتقد أليس أن منهجه في العلاج يكشف عن الأفكار والفلسفات والقيم التي تكمن وراء العصاب ، ويعمل على مهاجمتها ، فإضطرابات الفرد تنشأ من الاتجاهات اللامعقولة ، ويعتمد هذا المنهج في العلاج على مهاجمة الأسباب الحاضرة وليست الظروف الماضية . ويعتدم المعالج على تنمية بعض المعايير الخلقية كإهتمام المرء بجاره والإهتمام بالآخرين ، ويوضح المعالج للمريض أن سلوكه غير منطقي ، وأن أفكاره خاطئة ، ويحاول تشجيعه على اعتناق أفكار معقولة ، ويعمل المعالج على تكذيب الأفكار اللامعقولة . كما يشجع العميل على القيام ببعض المناشط التي تؤدي إلى طرد أفكاره غير المعقولة وإعتناق غيرها . ويرى أليس أن هذا المنهج ينجح أكثر في علاج المرضى من غير مرضى الذهان ، ويصلح أكثر من غيره مع الأذكياء وصغار السن ، ويؤدي العلاج إلى تنمية الاستعداد للعمل ، وحب الاستطلاع ، وتقبل وجهات نظر المعالج . وهو أقل فائدة مع العملاء الذين لا يقبلون العمل أو التهذيب ويرفضون التفكير لأنفسهم والذين يتشبثون بجمود بمذهب معين .

العلاج الوجودي *Logotherapy*

قبل شيوع هذا المصطلح كان يستخدم قبله إصطلاح التحليل الوجودي

existential analysis ويقصد بهذا الإصطلاح العلاج الذي يدمج ما بين المعنى واللفظة والشكل والفكرة والكلام . وتبعاً لأحد تعريفات جوردون البورت Gordon W. Allport هذا العلاج يقصد به إحدى المدارس التي ينطبق عليها الطب العقلي الوجودي existential psychiatry . ويعتبره غيره من علماء النفس إتجاهاً جديداً في العلاج النفسي وعلم النفس الديني . والعلاج الوجودي إذا صح التعبير ، أكثر من مجرد تحليل للوجود وأكثر من تحليل المريض . إن هذا المنهج لا يهتم فقط بالوجود being ولكن أيضاً بالمعنى meaning . إنه ليس مجرد تحليل ولكنه أيضاً علاج .

والمعروف أن كل منهج من مناهج العلاج يستند إلى نظرية علمية معينة والعلاج الوجودي يعتمد على عدة فروض أساسية هي :

أ ـ حرية الإرادة freedom of will[1] .
ب ـ إرادة المعنى will to meaning .
جـ ـ معنى الحياة meaning of life .

لا يوجد إلا فئتين من الناس هم الذين يزعمون أن إرادتهم ليست حرة : الفصاميون يعانون من الهذيان بأن إرادتهم وأفكارهم يتحكم فيها غيرهم ، ويحركها أناس غيرهم ، والفئة الثانية فئة فلاسفة الحتمية determinictic philosophers فهم يعترفون أننا نتصرف كما لو كانت إرادتنا حرة ، ولكن هذا في نظرهم مجرد خداع للذات self deception . يقوم هذا المنهج على أساس حرية الإنسان في أن يحكم على نفسه وعلى الآخرين ، وأن يعبر عن نفسه ، وأن يقبلها أو يرفضها ، ويستطيع أن يحكم على حاجاته النفسية والبيولوجية . وللإنسان قدرة على أن يفصل ذاته .

ويستفاد من هذه القدرة في نوع من أنواع العلاج الوجودي يسمى النية أو

---

(١) Frankl. M.F., Psychology and Existentialism, a Pelican Book, 1973.

الإرادة المتناقضة تناقضاً ظاهرياً paradoxical intention ويمكن التعرف على طبيعة هذا المنهج من عرض الحالة الآتية :

مريض يعمل بائعاً في مكتبة ، تردد على كثير من الأطباء للعلاج ، ولكن دون نجاح ، كان يعاني من حالة يأس شديدة ، ويعترف بأنه كان على حافة الإنتحار . ويقول إنه منذ عدة سنوات وهو يعاني من « تشنج كتابي » إزداد أخيراً وأصبح شديداً لدرجة أنه كاد يفقد وظيفته . ولذلك فكر المعالج في استخدام العلاج قصير المدى لتخفيف الموقف . ولقد أمره أن يفعل بالضبط عكس ما كان يفعله هو دائماً ، بمعنى أنه بدلاً من أن يحاول أن يكتب بأكبر دقة ممكنة وأكبر قدر من الوضوح بحيث يصبح مقروءاً بدلاً من ذلك طلب منه المعالج أن يكتب بأسوأ طريقة ممكنة أو « يخربش » ونصحه بأن يقول لنفسه والآن سوف أظهر للناس أنني أحسن شخص « يشخبط » في الكتابة . وفي هذه اللحظة التي حاول فيها متعمداً أن يشخبط أصبح غير قادر على أن يفعل ذلك ، فقال إنني أحاول أن أشخبط ، ولكن ببساطة لم أستطع أن أفعل ذلك . هكذا قال في اليوم التالي وبعد ٤٨ ساعة تخلص المريض من قيده في الكتابة وظل سعيداً وقادراً على العمل .

ويبدو هنا ظهور روح الفكاهة في هذا المنهج sense of humour .

والفكاهة تضع الإنسان فوق مشاكله ، وتجعله ينظر لنفسه بصورة مستقلة وإن منهج الإرادة المتناقضة يساعد المريض على أن يسلك على مستوى عميق ، وأن يغير إتجاهه المتطرف .

ويزعم أحد أنصار هذا المنهج أنه عالج مريضة تعاني من الخوف من الأماكن المتسعة أو الخلاء agoraphobia وتمكن من شفائها منذ الجلسة الأولى . وبذلك لم يستطع التعرف على الديناميات النفسية التي تكمن وراء مرضها .

وبإختصار منهج العلاج الوجودي عبارة عن نوع من العلاج النفسي الذي يعترف بسعي الإنسان نحو المعنى ، وإشباع حاجته لمعرفة معنى الحياة ويؤكد

حرية الإنسان في أن يعلو فوق المعاناة أو المقاساة ، وتصبح هذه قوة إيجابية ضد الفراغ الوجودي الداخلي الذي يتصف به مريض العصاب النفسي في أيامنا هذه . ولقد كانت هذه الطريقة رد فعل لما جرى في معسكرات النازية التي جردت الإنسان من إنسانيته .

والوجودية عموماً فلسفة تعطي الأولوية لدراسة الظواهر الوجودية أكثر من دراسة السببية ، وتنادي بدراسة الظواهر نفسها . فالوجودية فلسفة معاصرة تؤكد حرية الفرد ومسئوليته .

الإفتراض الثاني في العلاج الوجودي هو إرادة المعنى أو الرغبة في المعنى أو إرادة اللذة . والوجودية مذهب فلسفي معاصر يضع بدلاً من الوجود العام الوجود الفردي المشخص الواقعي في الموضع الأول في النظر الفلسفي مع تأكيد سبقه على الماهية[1] .

---

(١) د. محمد ثابت الغندي ، مع الفيلسوف ، دار النهضة العربية ـ بيروت ١٩٧٤ .

الفصل السابع

العلاج بالتحليل النفسي

المبادىء الأولية :

نحن نعرف أن فرويد نظر للعقل الإنساني من الناحية البنائية على أنه يتكون من ثلاثة عناصر :

١ ـ الأنا الدنيا Id وتمثل الدوافع الغريزية والعدوانية .

٢ ـ الأنا الوسطى أو الأنا فقط Ego وتمثل مبدأ الواقع ، والإلتزام بمطالب المجتمع ، وتمثل حلقة الوصل بين الأنا الدنيا والواقع الخارجي .

٣ ـ الأنا الأعلى Super Ego ويتضمن المثل الخلقية العليا أو الضمير .

ومن ناحية تفسيره للسلوك أرجعه أولاً للدافع الجنسي ، وعندما درس بعض مظاهر السادية والماشوسية وضع فرضاً آخر أو غريزة أخرى سماها غريزة الموت أو العدوان أو التخريب . أما السادية فنزعة تجعل الفرد يتلذذ من إيقاع الأذى في الآخرين ، والماشوسية تعني التمتع بإلحاق الأذى بالذات . فتوجد الدوافع الجنسية والعدوانية في الفرد منذ الميلاد ، ففي الأصل توجد الأنا ثم ينشق منها كل من الأنا الوسطى والأنا الأعلى ، ويصبح لكل منهما وظيفة مستقلة وتسير الأنا الدنيا حسب مبدأ اللذة . ويرى فرويد أن الأنا الأعلى يبدأ في التمايز والوضوح في سن الخامسة أو السادسة ، أما الأنا الوسطى فيبدأ نموها من الشهر

السادس تقريباً . وتنمو الأنا الوسطى في الطفل عن طريق الأوامر والنواهي التي يتلقاها من الوالدين فيكف عن الرغبة في الإشباع لدوافعه ، فالأنا الوسطى هي الوسيط بين الـ Id والبيئة الخارجية وهي المسئول عن العمليات العقلية ، كالإدراك والتفكير والمعرفة والوجدان والإختيار . وهي التي تضبط الرغبات الفجة للأنا الدنيا ، ولا تبدأ الأنا العليا في أداء وظيفتها قبل السنة الخامسة أو السادسة من عمر الطفل حيث تصبح القواعد والضوابط الخلقية داخلية عند الطفل .

أما قبل ذلك فالطفل يسلك سلوكاً خلقياً تبعاً لتعليمات الوالدين .

ويعتبر فرويد جزءاً كبيراً من الأنا العليا لاشعورياً ، وهو بذلك يختلف عن الضمير ويعمل عمل الرقيب على السلوك ، والناقد والقاضي ، ويرى فرويد أن الأنا الأعلى يتكون من مدركات نشأت في ذهن الطفل في مرحلة الطفولة ، وينقل صورة الأبوين ، ولذلك من المحتمل أن تتضمن مظاهر السلوك الخلقي بعض الأمور اللاعقلية ، ولذلك يصبح جزءاً من وظيفة المعالج النفسي مساعدة المريض أن يعيد تقويم معاييره الخلقيـة بشكل أكثر موضوعية وعقلانية ولقد اهتم فرويد بدراسة بعض العمليات الدفاعية التي تقوم بها الأنا الوسطى كالكبت والتبرير والاسقاط والامتصاص والنكوص(١) .

يمثل العلاج النفسي عند فرويد أهمية كبيرة في مجالات العلاج النفسي ، وذلك نظراً لسبقة التاريخي ، ولآثاره المعاصرة الواسعة على أساليب العلاج النفسي المعاصرة . وينسب إلى فرويد أنه اكتشف اللاشعور ، وإن كان هناك من يقول بأن علماء آخرين اهتدوا إلى فكرة اللاشعور قبل فرويد . ويرجع لفرويد الوصف الدقيق والتفصيلي لمحتويات اللاشعور ، حيث وصفه بأنه خزان يغلي بالرغبات الجنسية التي لم تتحقق منذ الطفولة حتى الآن . ولقد أقام فرويد نظريته الأولى عن السلوك البشري نتيجة لعمله بالتنويم المغناطيسي ، ثم بخبرته

(١) Harper, R. A., Ibid.

بالتداعي الحر ، وتحليل الأحلام وخاصة أحلامه هو وأحلام مرضاه .

لقد اهتم فرويد في أول الأمر بعلاج مرضى الهستيريا ، وهي عصاب نفسي يصيب الأطراف والحواس بالشلل الذي لا يرجع إلى تلف أو خلل عضوي في جسم المريض ، ومنها الشلل الهستيري والصمم والعمى وحركات الأحشاء . ولقد أمكن علاج بعض مرضاه بمساعدة التنويم المغناطيسي الذي يساعد على تفريغ المريض لانفعالاته والإفصاح عن آلامه .

ولقد استغل فرويد ما لاحظه على استجابات المريض أثناء عملية التفريغ الإنفعالي استغل ذلك في مجرى العلاج ، وخاصة المظاهر الجنسية ودور الجنس في حياة المريض ، ثم ظاهرة تحويل المريض لإنفعالاته نحو المعالج .

إعتمد فرويد في العلاج على مبدأ الحتمية النفسية ، ومؤداها أن لكل معلول علة ، أو لكل سبب نتيجة فالظواهر النفسية كالظواهر الطبيعية لا توجد بدون أسباب ، فالأفكار والأفعال والإنفعالات التي كان يظن أنها تأتي عرضاً أو لا معنى لها لا بد وأنها ترجع إلى سبب ما شعوري أو لا شعوري .

كذلك أدرك فرويد بأن هناك كثيراً من الأفعال التي تعزى خطأً لأسباب شعورية ، ولكنها في الحقيقة ترجع لأسباب لاشعورية ، لا يفطن المرء لها ، ولا يعيها أو يدركها ، ولا يعترف بها . وفي أواخر القرن الماضي أدرك فرويد بأن التفريغ الإنفعالي أثناء النوم وأثناء اليقظة لا يساعد في الكشف عن اللاشعور ولذلك اهتدى إلى استخدام التداعي الحر سواء تحت تأثير التنويم المغناطيسي أو بدونه . وفي العادة يستلقي المريض على أريكة مريحة ، ويجلس المعالج خلف رأسه ، ويطلب من المريض أن يترك أفكاره تنساب إنسياباً حراً دون توجيه أو رقابة ، فيصف كل ما يمر بذهنه مهما كان شاذاً أو سخيفاً أو تافهاً أو مفككاً أو مخزياً . ومعنى ذلك الحد من سلطان الوعي أو العقل الواعي والضمير ، وبذلك تتاح الفرصة للكشف عن الجذور اللاشعورية للمشكلات النفسية .

واستوحى فرويد نظريته التي تعطي أهمية بالغة للجانب الجنسي ، من

حياة الفرد ، وكذلك من توغل المشكلات وارتداد جذورها إلى مرحلة الطفولة المبكرة التي يعطيها فرويد الأهمية الكبرى في تشكيل شخصية الفرد . وتقوم نظرية فرويد على أن الطاقة الجنسية الحيوية أو ما يسمى الليبيدو libido تدفع الفرد نحو اللذة ويسير الإنسان نحو النضج الجنسي والنفسي ، ولكن إذا قابلته معوقات قوية فإن نموه قد يثبت أو يجمد عند مرحلة معينة من مراحل النمو ويظهر هذا الجمود في شكل أعراض مرضية .

وأول مراحل النمو الجنسي ما يسميه فرويد بالمرحلة الفمية حيث يتم الاشباع الجنسي باللذة عن طريق الفم ، ويلي ذلك المرحلة الشرجية حيث يستشعر الطفل باللذة عن طريق عملية الإخراج والإحتفاظ بالبراز . وتدور إهتمامات الطفل حول ذاته فيمتاز بالنرجسية أو حب أو عبادة الذات narcissism حيث يستمد لذاته من جسمه هو . وفي آخر هذه المرحلة يتحول الإهتمام إلى القضيب أو البظر عند الفتاة ، وتعرف هذه المرحلة باسم المرحلة القضيبية Phallic ثم يتحول الاهتمام نحو الوالدين ، وتبدأ المرحلة الأوديبية . Oedipus وتمتد من سن ٣ ـ ٧ سنوات حيث يهتم الطفل جنسياً بالوالد المخالف لجنسه ، فتتعلق البنت بأبيها وتحبه وتغير من أمها ، بينما يتعلق الولد بأمه ويغير من الأب ويعتبره منافساً قوياً له . وسرعان ما يدرك الطفل أن كراهية الأب أمر محرم ، ولذلك يشعر بالذنب والقلق ويلي ذلك طور من أطوار النمو الجنسي أطلق عليه فرويد طور الكمون حيث تمتاز الحياة الجنسية بالهدوء النسبي ، وتبدأ من سن ٧ سنوات حتى مطلع المراهقة . ولا بد أن ينجح الفرد في حل عقدة أوديب حلاً سليماً وإلا تعرض لمشكلات نفسية في مرحلة المراهقة والرشد .

وهنا يكشف فرويد عن حقيقة هامة هي إزدواجية النزعات الجنسية ، ففي كل فرد جزء من الإهتمامات الجنسية الذكرية والأنثوية معاً ، ولذلك قد تظهر بعض أعراض الجنسية المثلية . كذلك يفترض فرويد وجود إزدواج في الحياة الإنفعالية أو التذبذب الوجداني ambivalence ، فمشاعر الحب نحو شخص ما يصحبها بعض مشاعر الكراهية . ولكن الظروف الإجتماعية تحول

دون ظهور الجانب السلبي من الإنفعالات ، لذلك يكبت في منطقة اللاشعور ، فالزوج قد يحب زوجته حباً شعورياً على حين يكمن في لاشعوره بعض مشاعر الكراهية نحوها .

وينتج عن تحليل فرويد للدوافع الجنسية في الإنسان فرض التسامي أو الإعلاء sublimation ، ومعناه تحويل جزء من الطاقة الجنسية أو العدوانية إلى مجالات أخرى غير جنسية وغير عدوانية مقبولة خلقياً وإجتماعياً . والإعلاء هو أساس من الأسس القوية للمدنية الحديثة .

كذلك إكتشف فرويد من خلال تحليل الأحلام وتفسير مبدأ آخر هو مبدأ الإزاحة أو النقل displacement وهو نقل الإنفعال من موضوع إثارته الأصلي إلى موضوعات أخرى ، كخوف الطفل من كل رجل ذي لحية ، وذلك لأنه مر بخبرة مريرة مع رجل معين كانت له لحية . أو نقل الإنفعالات من موضوع قوي إعتدى علينا إلى موضوع آخر أضعف منه يمكن لنا أن نصب إنفعالاتنا عليه دون خوف من الردع أو الإنتقام من قبله .

ومن المبادىء التي استفاد منها فرويد أيضاً مبدأ التحويل transference ومؤداه أن ينقل المريض إنفعالاته ومشاعره المتعلقة بشخص له صلة به في الماضي ، كالأب أو الأم أو المعلم إلى شخص المعالج فيتعلق به ويحبه أو يكرهه . وهكذا يحل المعالج محل الأب ، وهنا يجد المريض بديلاً متفاهماً عن الأب . وهذه العملية تمثل محوراً أساسياً من محاور العلاج حيث لم يعد المريض ، ذلك الطفل الضعيف العاجز أمام الأب المتسلط القوي بل أصبح شخصاً ناضجاً يستطيع مواجهة الإنفعالات حالياً بكثير من الموضوعية والفهم .

وتساعد عملية التداعي الحر على حدوث عملية التحويل الإنفعالي حيث يمتاز الموقف بالقبول والتسامح وبسلبية المعالج ، وبتشجيع المريض على أن يذكر كل ما يرد على خاطره ، مع تكرار هذا الموقف خمس مرات في الأسبوع ، حتى يصبح المعالج شبحاً للأشخاص الأقوياء في ماضي المريض .

ويبقى المعالج ساكناً طالما كان المريض يروي إنفعالاته ، ولا يتدخل إلا إذا ظهرت عوامل المقاومة التي تعوق إنطلاق المريض لكي يعود إلى مواصلة الحديث والإفصاح . كذلك أمكن إستدعاء خبرات الأحلام وتحليلها في أثناء عملية التداعي الحر .

ولقد تعرف فرويد على عدد من الرموز التي تدل على أشياء في حياة المريض وخاصة أشياء ذات طابع جنسي ويمكن إستخلاص الرموز الآتية :

النقود	ترمز إلى البراز
الرحلة أو الغياب	ترمز إلى الموت
الملك أو الحاكم أو الرئيس	ترمز إلى الأب
الأختان	ترمز إلى الثديين
الشجرة	القضيب
المسلة	
السيف	
الصندوق	ترمز إلى الفرج
الخندق	
الكتاب	
حافظة النقود	

على أنه لا يمكن إستخدام هذه الرموز بصورة عامة ، بل لا بد من معرفة صراعات المريض وظروفه النفسية والإجتماعية قبل تفسير أحلامه تبعاً لهذه الرموز . واعتبر فرويد الحلم الطريق الأمثل إلى فهم أعماق اللاشعور واعتبر الأحلام تحقيقاً لرغبات الفرد المكبوتة .

كذلك إعتمد فرويد في فهم الدوافع اللاشعورية على الأخطاء[١] والنكات وزلات القلم وزلفات اللسان ، وهفوات الذاكرة .

(١) Harper, R. A., Ibid.

ويرى فرويد أن نمو الفرد إذا تعرض لمعوقات قوية أو لضغوط إنفعالية شديدة أصيب الفرد بعملية تعرف بإسم النكوص regression ، حيث يرتد إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو سبق له أن اجتازها ومر بها ، فطفل الثالثة قد يرتد إلى عادة مص الأصابع ، أو إلى بل فراشه عندما يتعرض لموقف إنفعالي سيىء كمولد أخ جديد له ، ويرى فرويد أن إدمان الكبار على الخمور إرتداد إلى المرحلة الفمية ، وظهور الأعراض الهستيرية إرتداد إلى المرحلة القضيبية ، والإصابة بالعصاب النفسي القهري أو الاستحواذي إرتداد إلى المرحلة الشرجية .

ومهمة العلاج النفسي تحرير الليبدو من الجمود أو التثبت الذي تعرضت له ، لكي تسير الليبدو من الجمود أو التثبيت الذي تعرضت له لكي تسير الليبدو في طريقها الصحيح نحو النضج الجنسي . واهتم فرويد أول الأمر ، بعلاج الهستيريا ، والعصاب القهري أو الاستحواذي .

يرى فرويد أن الهيستيريا تظهر عن حادث منسي لم يتمكن المريض من تفريغ الشحنة الإنفعالية المصاحبة له ، أو نتيجة لأي خبرة نفسية مريرة ومؤلمة .

أسس العلاج النفسي التحليلي

يستهدف العلاج التحليلي الحديث إعادة بناء الشخصية على أسس تؤدي إلى زيادة قدرة الفرد على إيجاد إشباع لحاجاته الذاتية بطرق مقبولة بالنسبة لنفسه وبالنسبة للعالم الذي يعيش فيه وتحريره بحيث ينمي قدراته .

ولتحقيق ذلك يضع علماء العلاج التحليلي خطة للعلاج قائمة على أساس التشخيص التحليلي لشخصية المريض والمشاكل التي عليه أن يحلها في حياته . وعلى المعالج أن يحدد في هذه الخطة ما إذا كان سيستخدم منهجاً للتعضيد والمساعدة ، أم منهجاً للكشف عن الصراعات ، أم أن العلاج سوف يقتصر على تغيير البيئة الخارجية للمريض . ولكن العلاج يجب أن يكون مرناً رغم هذه

الخطة في أن يكون في الإمكان الانتقال من أسلوب إلى آخر حسبما يتطلب مجرى العلاج .

فيقوم العلاج التحليلي على أساس عدة مفاهيم رئيسية نجملها فيما يلي :

١ ـ الحتمية النفسية ، بمعنى أن ظواهرنا النفسية ليست وليدة الصدفة أو العفوية أو العرضية ، وانما هي تخضع لمبدأ العلية ، أو السببية كظواهر الطبيعة تماماً . ويعني هذا أنه يوجد تفسير عقلي لظواهر الأحلام والخيالات والأوهام والزلات والزلفات .

٢ ـ الكبت واللاشعور . يعني هذا المبدأ أن هناك بعض العمليات العقلية التي لا نشعر بها ولا نعيها ، وخاصة الرغبات والصراعات التي تترسب إلى أعماق اللاشعور عن طريق الكبت ، وغيره من العمليات الدفاعية واللاشعورية .

٣ ـ التداعي الحر والمقاومة :

إن آليات الذات الوسطى تحمي الفرد من الكشف عن الذكريات المؤلمة والصراعات ولذلك ينتج عن الذات ما يسمى بالمقاومة ولقد ابتكر فرويد أسلوب التداعي الحر للتغلب على مقاومة المريض . والجزء التالي المقتبس من المقابلة الأولى في جلسة علاج تحليلية يوضح دور التداعي الحر في الكشف عن مواد هامة ، وكيف تأتي المقاومة للدفاع عن تعرض الذات لمزيد من الخطر . لقد كلف المريض بأن يدع عقله يتحول بدون أي سيطرة أو تحكم ، وأن يعبر عن كل فكرة أو شعور يهبط إلى ذهنه فوراً .

العميل : إن الشيء الأعلى في ذهني الآن هو الإمتحان الذي دخلته ، إنه امتحان سهل جداً ، إنني لم أكن أشعر بأنني متألق في هذا الصباح ، إنني لا أعرف إذا كنت قد عملت بعض الأخطاء أم لا . الشيء الحاسم في هذا الامتحان أنني أريد أن أحصل على منحة للفصل

الدراسي القادم ، فإذا حصلت عليها فسأكون قادراً على مواصلة دراستي للماجستير ، وإذا لم أستطع فإنني لن أستطيع أن أكملها . إنه من الصعب أن نقترض أموالاً في هذه الأيام ، ولا يوجد شخص يملك مثل هذا المبلغ لكي يقرضه . وشيء آخر أنه ليس جديراً أن تقترض لكي تنفق على نفسك ، وأنت في المدرسة ، لأنك تضع نفسك في الديون التي لا تستطيع ان تردها أبداً. انني أعرف فتاة دخلت الجامعة وخرجت منها منذ أربعة سنوات وهي مدينة بـ١٧٠٠ دولاراً وتعمل في محل تجاري كبير بـ ١٨ دولاراً في الأسبوع، وفرصتها في تسديد مبلغ الدين صغيرة جداً .

إنني أرغب في أن استمر في الكلية بواسطة العمل الذي أعمله ، هنا سوف أحصل على الوظيفة التي أريدها ، إنني أرغب في وظيفة باحث ، والمقرر الذي أدرسه الآن يؤهلني لذلك .

المعالج : إنني آسف لأنك تقص علي قصة أكثر من أنك تقص علي الذي يأتي إلى ذهنك .

(إن إعطاء المريض وصفا لحالته المالية إجراء مخالف للتعليمات ، وهو مظهر من مظاهر مقاومة المريض) .

العميل : عندي تجربة بعد ظهر اليوم ، وأتمنى أن أعرف عن ماذا ستدور ، إنني أتعجب كيف يسلك والدي طريقه أنه في خطواته الأخيرة هكذا ، ولم يحدث أن إتفقنا أنا ووالدي أبداً ، إنني أتذكر ذات مرة عندما كنت صغيراً وكان مفروضاً علي أن أبقى لحراسة بعض الأبقار التي كانت ترعى قريباً من بستان فاكهة ، لقد استغرقت في القراءة جداً لدرجة أنني نسيت الأبقار فدخلت البستان وأكلت بعض الفاكهة من فوق الأشجار ، وكان والدي غاضباً كالشيطان أتى من أحد الجوانب وقطع طريقاً قصيراً إلي ولكنني

جريت ، وحيث أنه كان من سكان الغابات القدماء استدار استدارة صحيحة نحوي محاولاً ركلي بقدمه وأنا أجري فتزحلق وكاد ينكسر ذراعه على الحشائش المبتلة .

(عند هذه اللحظة استدار العميل نحو المعالج من فوق أريكته ونظر إليه) .

المعالج : ما الذي فكرت فيه إذا عندما إلتفت .

العميل : السبب الذي جعلني التفت هو أنني أريد أن أنظر إليك مباشرة .

المعالج : لماذا ترغب في أن تنظر إلي مباشرة .

العميل : إذا كنت تحاول أن تضع فكرة أو نقطة فإنه من الأفضل أن تنظر مباشرة إلى الشخص ، مثلاً في البيع وفي العمل . ومرة اخرى يبتعد العميل عن فكرة التداعي الحر ، ويدخل في مجادلة ، وهذا نوع آخر من أنواع المقاومة ، وفي نفس الوقت قد شحن مشاعره بالإنفعال نحو المعالج ، ولا شك أنه تضايق لأن المعالج صححه عندما خرق أول قاعدة ، وتذكر أول حادثة خرج فيها عن آداء واجبه ، وتذكر أنه كان السبب في إيذاء والده ، ولا شك أن مثل هذا التفكير ولد نوعا من القلق لدرجة أنه نظر إلى المعالج ليرى إذا كان قد أصبح غاضباً ، وحينئذ ذكره المعالج ثانية بمراعاة القاعدة .

العميل : (سكوت طويل) على أن أذكر ما يأتي إلى ذهني ويبدو أنه لا يأتي أي شيء ، إنني لا أهتم كثيراً بالصور التي تملكها مهما كان معناها .

المعالج : ما الذي لا يعجبك فيها ؟

العميل : لدي ذكريات غير سعيدة عن الصور من هذا النمط ، شهادة الدبلوم الموضوعة في هذا الإطار شيء خافت لا يعلق على الحائط ، على فكرة هل هي لك ؟

المعالج : اخبرني ما الذي يأتي لذهنك عنها .

العميل : لقد ظننت أنها تخصك ، ولكن عندما نظرت لتذكرة الدواء وجدت فيها شهادة الماجستير وعلى ذلك فإني أخمن أنها ليست لك ، لقد بدأ العميل في التداعي الحر لبرهة بسيطة ، ولكنه إختار طريقة أخرى للمقاومة بأن يصف الأشياء الموجودة في الحجرة ، وسرعان ما خانته مشاعره فينتقد الأشياء ، وقادته مشاعره أن يصبح قريباً بأن يقول للمعالج أنك لست طبيباً .

أساليب العلاج التحليلي :

من المعروف أن التحليل النفسي منهج لعلاج العصاب النفسي أسسه عالم النفس النمساوي سيجمند فرويد (١٨٥٦ - ١٩٣٩) وعلى الرغم من أن العلاج النفسي لا يعد مهنة كبيرة أو واسعة الإنتشار حيث لا تضم جمعية المحللين النفسيين الأمريكية إلا حوالي ٧٥٠ عضواً على الرغم من ذلك فإن تأثيره أكثر من حجم الجماعة التي تمارسه .

ولقد إفترض فرويد ، مع منهجه في العلاج ، جسماً كاملاً لنظرية سيكولوجية أثرت بصورة أو بأخرى في كثير من مظاهر الفكر الحديث كالأدب والدراما ، كما أثرت في علم النفس والطب والعلوم الإنسانية الأخرى ومن بين الوسائل المستخدمة في التحليل النفسي الترابط الحر أو التداعي .

التداعي الحر *Free Association* :

في الغالب وفي العادة ما يرى المحلل النفسي المريض لمدة ٥٠ دقيقة في كل زيارة لعدة مرات في الأسبوع ، لمدة تتراوح ما بين سنة واحدة وعدة سنوات . وهكذا فإن العلاج عن طريق التحليل النفسي في صورته الأصلية ليس فقط مكثفاً وإنما أيضاً طويلاً وممتداً . فيه تشبه الجلسة الأولى الجلسات العادية في الإرشاد النفسي ، حيث يعطي المريض وصفا لأعراضه أو آلامه ،

ويسرد بعد الحقائق ذات الأهمية من تاريخ حياته الشخصي . وبعد ذلك يصبح مهيأ لكي يدخل إلى الترابط الحر . وهو أحد الأسس لمنهج التحليل النفسي . في هذا المنهج يتعلم المريض القاعدة الأساسية وهي عليه أن يقول كل شيء يدخل أو يأتي إلى ذهنه دون أي إختيار أو حذف . إن هذه القاعدة الأساسية قاعدة يصعب تنفيذها . لقد مضى المريض طوال حياته السابقة في تعلم الضبط الذاتي ، وأن يمسك لسانه ، وأن يفكر قبل أن يتكلم ، وهكذا من الضوابط والأوامر والنواهي حتى ذلك المريض الذي يحاول بإخلاص أن يتبع هذه القاعدة الأساسية يفشل في الإفصاح عن كثير من الأشياء . فهناك بعض الأفكار العابرة أو التي تمر بذهن الفرد ، ويبدو أنها غير مهمة ولا تستحق أن يذكرها ، وبعضها أفكار غبية جداً والبعض الآخر أفكار طائشة أو حمقاء أو غير حكيمة .

ولكن ما هو الهدف من عملية التداعي الحر هذه ؟

الهدف الأساسي منها هو إستدعاء الأفكار والمشاعر المكبوتة إلى حيز الوعي أو الفهم ، ووضعها في عبارات أو كلمات ، تلك الأفكار التي لا يعيها أو يدركها المريض أو تلك الأفكار التي لا يعترف بها أو لا يقبلها إذا طفت إلى حيز وعيه .

فلنفرض على سبيل المثال أن حرية شخص ما أصبحت معاقة أو معرقلة عن طريق وجود شخص مريض في منزله ، يعد هو مسئول عن العناية به . تحت هذه الظروف ربما يرغب لا شعورياً في الراحة التي سيجلبها موت هذا المريض . ولكنه سوف لا يوافق على رغبة الموت هذه بإعتبارها خرقاً لولائه للشخص المريض .

في الواقع رغبة الموت من هذا النوع ربما تكون قريبة جداً من الوعي ، ولكن عادات طول العمر تجعل المريض ينكر ذلك حتى على نفسه . إنه قد يراها في خيالاته وأوهامه أو أحلام يقظته ، فقد يرى الأغاني أو الأناشيد التي تصاحب الجنازات . وعن طريق الإعتراف بمثل هذه الأفكار والمشاعر بدلا من

كبتها يصبح واعياً ومدركاً لتلك الأفكار التي لم يكن يعترف بها من قبل وبالتمرين في هذا التداعي الحر يستحضر المريض إلى حيز الوعي أفكاراً ومشاعر كانت مكبوتة في الأعماق .

إن الفرد يكبت بعض الأفكار المعينة والمشاعر ، لأنه يخاف من الإعتراف بها ذلك الإعتراف الذي سوف يهدده أو يقلل من شأنه . ولذلك فإنه يقاوم إستدعائها أو تذكرها ، وينبغي التغلب على هذه المقاومة resistances قبل أن يتمكن من التداعي بحرية .

ومن بين واجبات المعالج أن يساعد المريض للتغلب على مقاومته . في بعض الأحيان يوجد لدى المريض فيض حر من الترابطات يستمر حتى يأتي إلى شيء ما يغلق هذا الإنسياب وعندئذ يصبح عقله صفحة بيضاء ، ولا يستطيع أن يفكر في أي شيء يقوله . هذا الفراغ الذهني يفسر على أنه مقاومة ضد تذكر إستدعاء شيء ما مكبوت كبتاً شديداً . وفي بعض الأحيان بعد إتمام جلسة معبرة تماما قد ينسى المريض موعد جلسته المقبلة ، وهذا أيضاً دليل على المقاومة ضد الافصاح أو الكشف عما هو مختبىء . وحيث أن المقاومة تكون لا شعورية فإنها تعني أن المريض غير قادر على التعاون كلية ، على الرغم من أنه يرغب شعورياً في التعاون .

يحاول المحلل النفسي أن يتغلب على المقاومة ، وأن يقود المريض إلى فهم كامل لذاته خلال ما يعرف بإسم عملية التفسير أو التأويل interpretation .

والغالب أن يتخذ هذا التفسير صورتين أو شكلين :

أولاً : أن يلفت المحلل إنتباه المريض إلى مقاومته ، وفي الغالب ما يتعلم المريض شيئاً ما عن نفسه عندما يعرف أو يكتشف أن سلسلة الأفكار أو الترابطات تغلق فجأة ، أو أنه نسى موعده مع المحلل ، أو أنه يريد أن يغير مجرى الحديث وما إلى ذلك .

ثانياً : ربما يستطيع المحلل وحده أن يستنتج الطبيعة العامة لما يكمن وراء عبارات المريض عن طريق غرس إيحاءة أو إشارة ربما تسهل إنسياب مزيد من الترابطات أو الأفكار المتداعية . قد يقول المريض شيئاً ما يبدو له أنه ثانوي أو تافه ، ويكاد أن يعتذر لعدم أهميته ، وهنا يشير المعالج إلى أن ما يبدو تافها ربما يقود إلى شيء مهم أو شيء ذو دلالة ومغزى ولكن ينبغي على المحلل ألا يوحي للمريض عما هو مهم بالنسبة له ، لأن المريض ينبغي أن يكتشف الأشياء المهمة بنفسه .

تختلف التفسيرات التي يعطيها المحلل للمريض بإختلاف مراحل العلاج أو التحليل ، ففي المراحل الأولى ربما يعطي تفسيرات تساعد المريض في فهم المقاومة ويشجعه على التداعي الحر وذلك بالاشارة إلى أهمية الأشياء التي تبدو تافهة ، أو عن طريق ادراك علاقات في تداعي المريض بين تلك الأفكار التي كانت تبدو غير مرتبطة تماما ولكن باستمرار العلاج وتقدمه يميل المعالج إلى اعطاء تفسيرات أكثر تعقيداً حول مضمون أفكار المريض ، فإذا روى المريض حلماً رآه كما يفعل ذلك في العادة ، فإذا المحلل يشجعه أن يعطي مزيداً من الأفكار التي ترتبط ، أو تتداعى مع هذا الحلم ، لكي تساعده في تفسيره .

وبعد ذلك يظهر المحلل نفسه في أحلام المريض وتداعيه وتصبح العلاقة بينهما قابلة للتفسير . إن اتجاهات المريض الانفعالية نحو المحلل تعرف باسم عملية التحويل فما الذي نقصده بعملية التحويل هذه ؟ transference

التحويل :

يقصد بهذه العملية في التحليل النفسي ، كما يحددها هلجارد ، العملية التي يجعل المريض المحلل فيها موضوعاً لإستجاباته الإنفعالية ، وعلى ذلك يحول إليه إستجابات تخص أناس آخرين ، لهم أهمية خاصة في تاريخ حياة المريض . أما هاريمان Harriman فيعرفها بأنها عملية إزاحة displacement اللبيدو Libido من موضوع الحب الطفلي إلى شخص أو شيء آخر ، وخاصة إلى

المحلل النفسي في عملية التحليل النفسي أو العلاج . وهناك ما يعرف باسم التحويل السلبي وهو عبارة عن تحويل مشاعر السخط والحنق ضد شخص ما ، وخاصة ضد الآباء ، إلى المحلل النفسي في أثناء عملية العلاج[1] .

وتبعاً لمفهوم انجلش فإنها عبارة عن إزاحة أي إنفعال أو عاطفة من موضوع إلى موضوع آخر ، فهي العملية التي ينقل بها الفرد إنفعالاته وعواطفه التي تنطبق على شخص ما ينقلها إلى المحلل النفسي . من أمثلة ذلك نقل مشاعر الكراهية نحو الأب إلى المحلل النفسي[2]. فالتحويل إما أن يكون إيجابياً أو سلبياً ومعنى هذا أن يكون حباً أو كراهية نحو المحلل . إن أي علاقة إرشادية هي علاقة إجتماعية بين المرشد والمريض ، وفي التحليل النفسي تصبح إتجاهات المريض نحو المحلل ذات أهمية في تحديد مدى تقدمه ، فآجلاً أو عاجلاً لا بد وأن يكون المريض إستجابات إنفعالية قوية نحو المحلل ، ربما يعجب به أشد الاعجاب في جلسة ما ، وربما يحتقره في الجلسة القادمة ، ومعنى هذا أن المحلل يصبح موضوعاً لإستجابات المريض . وتفسير هذا التحويل هو أحد الأسس التي يقوم عليها العلاج التحليلي . وطبقا لهذه النظرية فإن المريض يرى المحلل كشخص يمتلك إتجاهات تشبه إتجاهات والده أو أخوه أو أخته على الرغم من أن المحلل قد يكون في الواقع بعيد الشبه عن أولئك الذين يحل محلهم .

ومن الأمثلة على ذلك سيدة شابة كانت تتلقى العلاج على يد امرأة محللة ، وفي ذات يوم عندما دخلت عليها المريضة . قالت المريضة إنني سعيدة اليوم لأنك لا ترتدين ذلك القميص المصنوع من الدانتيل الذي ارتديتيه في المرات السابقة . إنني أكرهه عليك . وفي خلال الجلسة إستطاعت المحللة أن تشرح للمريضة أنها لم ترتد قط مثل هذا القميص . وفي خلال الجلسات التالية أعطت المريضة المحللة دور أمها ورأتها في لباس أمها عندما كانت هي صغيرة ،

(١) Harriman, P. L., op. cit., p. 337.

(٢) English, H. B., and English, A. C., op. cit., p. 562.

وكانت تمر بخبرات إنفعالية مضطربة ، تلك الإنفعالات التي كانت محل مناقشة في هذه الجلسة . وعلى الرغم من أن المريضة كانت مندهشة إلا أنها قبلت تأويل المحللة وفهمت عملية التحويل .

ولكن التحويل لا يتضمن دائماً مدركات زائفة ، ففي الغالب ما يعبر المريض عن مشاعر تجاه المحلل هي نفس المشاعر التي شعر بها نحو أشخاص كان لهم أهمية في حياته المبكرة ، وعلى أساس من هذه المشاعر يستطيع المحلل أن يفسر طبيعة الدوافع التي أزيحت نحوه ، فعلى سبيل المثال المريض الذي كان يعجب دائماً بأخيه الأكبر كان يتحرى في اتجاه المحلل شيئاً ما يذكره بذلك الأخ . إن الهجوم العنيف الغاضب على المحلل ربما يقود إلى اكتشاف مشاعر العداوة نحو الأخ ، بتلك المشاعر التي يسبق للمريض إن اعترف بها أبداً ، وعن طريق فهم المحلل لكيفية شعور المريض نحوه ، يساعده نحو فهم أفضل لسلوكه في علاقته بالآخرين .

التحويل :

التحويل من العمليات الضرورية في العلاج التحليلي إذا كان هناك ضرورة لإعادة التعلم الإنفعالي . وكما يصفه الكسندر Alexander فإنه أداة هامة تساعد المريض على أن يعيد إحياء صراعاته المبكرة الشخصية ، وذلك في علاقته الحالية مع المعالج . والسمة الأساسية للتحويل هي النكوص أو الإرتداد لإتجاهات الإعتماد على الغير في الطفولة والرضاعة ، ويمكن تصحيح الآثار المرضية للخبرات الإنفعالية ، كشفها في الموقف العلاجي ، وهنا يستجيب المعالج بطريقة مختلفة ليس كالآباء أو المعلمين أو الأقارب أو الأصدقاء في الماضي . إن العامل الأساسي في العلاج هو ذلك الإختلاف بين رد فعل المعالج ورد الفعل الأصلي الأبوي . إن إتجاه المعالج موضوعي ومتفهم ، فهو يسعى إلى مساعدة المريض . إنه لا يستجيب لعدوان المريض بالثأر ، وهنا في هذا الجو الموضوعي يشعر المريض أن إنفعالاته أصبحت قديمة ، وليست مناسبة للحاضر ، وإذا

إستمر المريض في إستجاباته الطفلية في التحويل يستمر المعالج في إستجابات الموضوعية ، وبذلك يصبح سلوك المريض من جانب واحد ، ويؤدي هذا إلى إحساس المريض باللامعقولية في إستجاباته الإنفعالية

وهنا ينبغي أن نشير إلى معنى عملية التفريغ الإنفعالي abreaction وعملية الاستبصار insight . يرجع التحسن في العلاج التحليلي إلى عمليات التصريف الإنفعالي والاستبصار التدريجي لصعوبات الفرد ، وتغلغل الفرد في مشاكله وصراعاته وردة فعله لها .

بالنسبة لعملية التصريف الإنفعالي يقصد بها التعبير الحر عن الإنفعالات المحبوسة أو المكبوتة ، والمرور بالخبرة ثانية ذات الطابع الإنفعالي القوي ، وإعادة إحيائها . وتعرف هذه العملية أيضاً بأنها عملية التفريغ الإنفعالي catharsis ، وهي نوع من التطهير الإنفعالي Emotional clearsing . إن التعبير الحر يجلب الراحة relief ، ولكنه وحده لا يزيل أسباب الصراع .

أما الإستبصار فيشير إلى فهم جذور الصراع ، وأحياناً يأتي الإستبصار عند إستعادة ذكريات مكبوتة ، ولكن الفكرة الشعبية ان الشفاء التحليلي ينتج بالضبط من الاسترجاع الفجائي لفكرة درامية واحدة . هذه الفكرة خاطئة وليست صحيحة . إن متاعب المريض ليس لها مصدراً واحداً بعينه ، والاستبصار يأتي من خلال المعرفة التدريجية المتزايدة للذات . وينبغي أن يعمل الاستبصار أو التصريف الإنفعالي معا ، وينبغي أن يفهم المريض مشاعره ، وأن يشعر أنه يفهم . إن إعادة التوجيه لا يمكن أن تكون مجرد عملية عقلية .

وحتى عندما يكون المريض على طريق الشفاء ، فإنه يمر في عملية مطولة من إعادة التعلم ، وحل المشاكل ، تعرف باسم عملية working وذلك بمواجهة نفس الصراعات المرة تلو الأخرى ، فيتعلم المريض أن يستجيب بطريقة أكثر نضجا ، ويتعلم أساليب حل المشكلات . problem- solving بمعنى أن يواجه أكثر من أن ينكر الحقيقة ، وذلك بتعضيد من المحلل في موقف المقابلة

المتسامح . وعن طريق هذا العمل يصبح المريض قوياً لدرجة تسمح له بمواجهة تهديد الصراع الأصلي دون إفساد ردوده شعورياً بحصر لا مبرر له .

النتيجة النهائية للتحليل النفسي الناجح هي حصول تعديل عميق وراسخ في الشخصية يسمح للمريض بالتكيف والتعامل أو التعايش مع مشاكله على أسس واقعية دون حدوث الأعراض ، ويقود ذلك إلى حياة أكثر راحة وثراء .

الفصل الثامن

العلاج السلوكي : أساليبه وفاعليته

مفهومه :

يعتمد على نظرية التعلم الشرطي ، والتي تعتبر الأمراض النفسية ما هي إلا عادات سلبية متعلمة ، أي أنها أفعال شرطية منعكسة ، ويسعى العلاج إلى إطفاء أو كف هذه الأفعال الشرطية ، وتكوين فعل منعكس شرطي بديل وإيجابي . ومنه الكف المتبادل reciprocal inhibition ويعتمد على إعطاء المريض المثير الأصلي ، الذي كان يسبب له القلق ، وهو في حالة استرخاء عام ، بحيث يظهر المثير ولا تظهر أعراض القلق .

ويبدأ العلاج بإعطاء المريض المثير بدرجات بسيطة ، ثم تأخذ في الزيادة التدريجية حتى يصل إلى حجمه الطبيعي .

ولكن إسترخاء المريض يحتاج إلى تمرينات يجب أن يتعلمها المريض أولاً وهو نائم ، وهو جالس ، ثم وهو واقف ، بحيث تشمل كل أعضاء جسمه وعضلاته وذهنه ، وعملية التنفس . وإذا تعذر تدريب المريض على الإسترخاء يمكن إعطائه بعض العقاقير المهدئة قبل عرضه المثير عليه . ويستخدم هذا النوع من العلاج في علاج الفوبيا كالخوف من الأماكن العالية والواسعة ، والضيقة ، والخوف من الحشرات ، والجراثيم ، والنار ، والدم ، والماء ، والزحام والأشياء الحادة .

ومن هذا النوع من العلاج أيضاً العلاج عن طريق الكف الشرطي ومؤداه تحويل الاستجابة اللاشعورية إلى استجابة شعورية ، وذلك عن طريق تكليف المريض بتكرار الإستجابة مرات كثيرة حتى تخرج من حيز اللاشعور واللاسيطرة إلى حيز شعور المريض وسيطرته ، فيتحكم فيها . ويفيد هذا النوع من العلاج ، بنوع خاص ، في علاج مص الأصابع ، والتلعثم ، وقضم الأظافر ، والعادة السرية واللوازم اللاإرادية tics ، وهي عبارة عن حركات عضلية منظمة يزداد ظهورها في المواقف الحرجة ، من ذلك اهتزاز عضلات الوجه ، أو حركة الرقبة ، أو الرأس ، أو حركة اليدين ، أو اللعب بالشارب أو ضبط رابطة العنق ، أو تسليك الحلق أو إرتعاش جفن العين . ويطلب من المريض أداء هذه العادة بصورة إرادية واعية حتى يتحكم فيها .

من أساليب العلاج السلوكي أيضاً العلاج بالكراهية أو النفورAversion therapy . ويصلح هذا العلاج في حالات إدمان الخمور والشذوذ الجنسي ، ويقوم على أساس تكوين ارتباط شرطي جديد بالمثير ، بحيث يسبب للمريض الشعور بالألم ، بدلاً من الشعور باللذة . فمدمـن الخمر يحتسيه لأنه في نظره يجلب إليـه اللذة والسرور ، وهنا يمكن إعطاء المريض عقاراً أو حقنة تسبب شعوره بالقييء والغثيان والمغص وضيق الصدر ، وبعد حوالي نصف ساعة نعطيه الخمر ، وهنا يشعر في أثناء الشرب بالأعراض المؤلمة ، وبتكرار هذه العملية يتكون فعل منعكس شرطي يمثل الإرتباط بين الخمر والمشاعر غير السارة ، ويصبح الخمر بمفرده ، أو حتى مجرد رؤيته قادراً على أن يسبب للمريض الشعور بالقييء . ويمكن وضع أقراص في الخمر تسبب مثل هذه الأعراض . ومن هذه العقاقير المنفرة بالانتابايوز والتنبوسين . وبالنسبة للشذوذ الجنسي تعرض على المريض صور جنسية مثلية ثم يتعرض لصدمة كهربائية على الرأس أو نعطيه عقاراً من هذا النوع .

من أساليب العلاج السلوكي أيضاً الإشتراط الإيجابي positive

conditioning ويمكن استخدامه لعلاج التبول اللاإرادي عند الأطفال . ويرجع التبول اللاإرادي من وجهة نظر السلوكية إلى أن الطفل لم يكون الفعل المنعكس الشرطي ، وذلك بأن يؤدي إمتلاء المثانة إلى تنبيه لحاء المخ ، فيستيقظ الطفل ليقضي حاجته ، ويصبح العلاج بتكوين الفعل المنعكس الشرطي ، وذلك عن طريق وضع الطفل على وسادة خاصة تتصل بسلك متصل بجرس يرن عند التبول فيستيقظ الطفل ، وبتكرار هذه العملية يرتبط إمتلاء المثانة بالإستيقاظ بدلاً من رنين الجرس .

العلاج بالأنسولين :

يتألف هذا العلاج من إعطاء المريض كميات من الأنسولين حتى يصير في غيبوبة ثم يعود إلى وعيه عن طريق حقنه بالجلوكوز ، ولكن له مضاعفات جانبية خطيرة ، منها تلف خلايا المخ ونقص في كمية السكر والإصابة بالنشنج . ولذلك أصبح لا يستخدم إلا نادراً . وتفيد الكميات القليلة منه لفتح الشهية وزيادة الوزن ، وتخفيف حدة القلق . والتفسير الفسيولوجي هو أن تعطيل خلايا المخ عن عملها لفترة ما ثم إعادة عملها مرة أخرى ربما يجعلها تكف عن الأفعال المرضية ، وتعود إلى حالتها الطبيعية السابقة ، وبذلك تبدأ خلايا المخ في النشاط السوي ، لأن نقص السكر يوقف خلايا لحاء المخ عن النشاط(١) .

هذا النمط من العلاج عبارة عن تطبيق لنظريات الإنعكاس الشرطي على عملية العلاج . ويدعو لهذا النوع من العلاج سالتير Salter حيث يمكن علاج الشخص العصابي عن طريق إعادة تكوين المنعكسات الشرطية التي سبق له أن كونها . ويرى أن العصاب النفسي إنما تكون نتيجة لمرور الشخص بخبرات كف لإنفعالاته ، ولذلك يحتاج المريض إلى تكوين إنعكاسات جديدة . ويعطي سالتير تعليماته لمرضاه بأن يعملوا دون أن يفكروا تبعاً لمشاعرهم ، والشخص

---

(١) د. أحمد عكاشة ، الطب النفسي المعاصر ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ١٩٦٩ .

السليم هو الذي يعمل تبعاً لمشاعره التلقائية دون تحفظ . فالشخص السليم يعمل دون تفكير أما المريض فيفكر دون أن يعمل .

ووضع سالتير ستة أساليب لإعادة تكوين الشرطيات الخاطئة الكفية .

وأول هذه الأساليب الكلام ، بحيث يتكلم المريض عما يشعر حين يشعر ، فيعيد تكوين الارتباطات الشرطية ، وإن كان ذلك على حساب عدم الإستحسان الإجتماعي لما يقوله . أما الأسلوب الثاني لإزالة الكف فهو الكلام بالوجه أي التعبير عن طريق تعبيرات الوجه عن إنفعالات المريض سواء كانت إنفعالات إيجابية أو سلبية . والأسلوب الثالث يتلخص في تدريب المريض على أن يعبر عن عدم موافقته الصريحة ولا يتظاهر بالموافقة حين يكون رافضاً للموافقة ، وذلك حتى يجسد مشاعره في الخارج . ويشجع سالتير مرضاه على قول كلمة « أنا » عن عمد وبكل توكيد لأن ذلك يساعد على إبراز المشاعر . والأسلوب الخامس يتلخص في موافقة العميل على ما يلقاه من مديح من الآخرين ، فإذا قال له أحدهم « إنك كنت بالأمس رائعاً في المحاضرة التي ألقيتها في النادي أمس « قال العميل » نعم إنني أعتقد أنني كنت في القمة في تلك الليلة » . أما الأسلوب السادس فهو الإرتجال في السلوك ، بحيث لا يخطط المريض تخطيطاً مسبقاً بل يعيش لحظة بلحظة تحت شعار « هنا والآن » لأن التخطيط في نظره يؤدي إلى الكف . على المريض أن يوقف التفكير في المستقبل ، وأن يعيش الآن ، يعيش لحظة بلحظة ويوم بيوم . إن الناس الذين يعانون من الكف يجب أن يتعلموا التصرف وكأنهم نصف مخمورين . فإذا تخلصوا من الكف وخضعوا للإثارة أمكن بعد ذلك بسهولة ضبط سلوكهم . ومساعدة المعالج للعميل تتلخص في إزالة إنعكاسات الكف الإنفعالية ، وتنمية إنعكاسات الإثارة بحيث يمكن إعادة تربية الفرد وعودته إلى التلقائية التي حرمته منها ظروف الكف التي تعرض لها منذ طفولته .

وينتقد هذا المنهج بالقول إنه مبالغة في التبسيط ، وأن إدعاءاته عن الشفاء مبالغ فيها ، ولذلك لم يكن لسالتير أتباع حتى من أنصار المدرسة السلوكية .

العلاج عن طريق الكف المتبادل :

Psychothotherapy by Reciprocal Inhibition

إبتكر هذا الأسلوب من العلاج جوزيف وولب Wolpe ، وهو عبارة عن تطبيق لنظريات التعلم في الموقف العلاجي . وهو أكثر دقة من المنهج السابق . ولقد استوحى وولب فكرته هذه من ملاحظاته أثناء التجارب التي كانت تجري على الحيوانات في عملية التعلم . فقد لاحظ أن القلق يزول إذا تم تقديم الطعام ، وهي خبرة سارة في أثناء وجود المنبه الذي سبب قلق الحيوان . واستنتج أنه يمكن التغلب على عادة ما بتكوين عادة مضادة . وصمم وولب كثيراً من التجارب على الإنسان قائمة على نفس الأسس التي صممت عليها تجارب الحيوان . وكان المبدأ الذي قال به[١] هو أنه إذا أمكن تكوين استجابة معارضة للقلق في حضور المنبهات التي تسبب القلق فإن الرابطة بين المنبهات وإستجابات القلق تضعف .

ولم يستخدم إستجابات تقديم الطعام مع بني الإنسان ، وإنما وجد إستجابات أفضل منها ، ومن ذلك إستجابات التوكيد ، وإستجابات الإسترخاء ، والإستجابات الجنسية ، وإستجابات التنفس ، والحركة الشرطية ، وإستجابات تخفيف القلق ، وإستجابات التجنب الشرطية ، إذا كان يعمل على حضور هذه الإستجابات تحت ظروف مرتبة ترتيباً يؤدي إلى كف ظهور القلق العصابي عن طريق ظهور الإستجابة المضادة .

فعن طريق الاسترخاء مثلاً يمكن كف إستجابة القلق ، وذلك بأن يعطى المريض تدريباً في الاسترخاء ، ثم يضع وولب قائمة المنبهات التي تسبب قلق المريض وترتب هذه القائمة حسب مقدار القلق الذي يحدثه كل منبه ، ثم يتم تنويم المريض ويطلب منه أن يسترخي إلى أقصى درجة ممكنة ، ثم يطلب منه أن يتصور أضعف منبه في قائمة منبهات الخوف المرضي فإذا لم يتأثر الاسترخاء

---

(١) Harper, R. A., Ibid.

يقوم بتقديم منبه آخر أشد درجة منه في الجلسة التالية . وهكذا يستمر في تقديم مثيرات الخوف تدريجياً حتى يصل إلى أشدها قوة وتأثيراً دون أن يحدث شيء لحالة الاسترخاء عند المريض .

وفي خارج الموقف العلاجي يصبح المريض قادراً على مجابهة منبه الخوف الأصلي دون أن يثار عنده الخوف .

ويزعم وولب أن طريقته هذه تؤدي إلى نسبة نجاح تصل إلى ٩٠ ٪ من مجموع مرضاه ، وهي نسبة عالية إذا ما قورنت بنسبة ٥٠ ـ ٦٠ ٪ في المناهج الأخرى .

وقد يحدث مثل هذا الكف نتيجة مقابلة المريض لمعالجه فقط حيث ينتج عن المقابلة ، شعور بالرضا يفوق شعور المريض بالقلق ، ولذلك يحل الشعور بالرضا محل الشعور بالقلق . أما إذا كانت المقابلة تثير القلق أكثر من الرضا فإن حالة المريض قد تصبح أكثر سوءاً . ويعتقد دولب أن منهجه هذا قد يحدث عفواً ، ويتم الكف بطريقة تلقائية ، كما أنه يتضمن في المناهج العلاجية الأخرى حيث يتم الكف من خلال العمليات العلاجية الأخرى .

منذ بحوث بافلوف(*) على الاشتراط على الكلاب ،وعمل واطسون على « البرت الصغير » منذ أكثر من ٥٠ عاماً ، اعتقد كثير من علماء النفس أن السلوك الشاذ ينتج من التعلم الخاطىء faulty learning . أكثر من كونه نتيجة لصراعات عميقة متأصلة كما كان يعتقد فرويد ، ولذلك فالهجوم المباشر على الأعراض في نظرهم له ما يبرره .

إن هذا الإنفصال عن الطرق التقليدية في العلاج قاد إلى نوع جديد ونشط من العلاج هو العلاج السلوكي behaviour therapy .

(*) هو إيفان بترفتش بافلوف (١٨٤٩ ـ ١٨٣٦) عالم الفسيولوجيا الروسي الذي إكتشف منهج الانعكاس الشرطي في التعلم وكان يبحث في مشكلة الهضم والغدد الهضمية التي نال عليها جائزة نوبل ١٩٠٤ .

ولا يؤدي هذا المنهج إلى تغيير فكرتنا عن العلاج وحسب وإنما فكرتنا عن السلوك الانساني ككل .

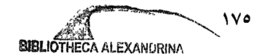
ولقد أصبح العلاج السلوكي يستخدم بتوسع في الولايات المتحدة الأمريكية وفي المملكة المتحدة البريطانية ، لعلاج كثير من الإضطرابات الكحولية ، والجنسية المثلية ، والفيتشية ، والمخاوف الشاذة وغيرها من الإضطرابات النفسية ويعد هذا المنهج مناهضاً للعلاج النفسي التقليدي الذي يستغرق كثيراً من الوقت ويتكلف الكثير من الأموال .

ومن الملاحظات العامة أن معظم الآباء يستخدمون الثواب والعقاب أو التهديد بهما لتعديل سلوك أبنائهما . وعلماء النفس منذ أكثر من نصف قرن يجرون التجارب لمعرفة أثر الثواب والعقاب reward and punishment والإشتراط وأخيراً تبين لهؤلاء أن تأثير هذه العوامل أي الثواب والعقاب والاشتراط يمكن أن يمتد ليكون الأعراض المرضية symptoms وتلا ذلك محاولات جادة لمعرفة ما إذا كان من الممكن إستخدام عمليات متصلة بذلك في إزالة هذه الأعراض removal of symptoms . ولقد نجح فعلاً هذا العلاج في شفاء بعض حالات الفوبيات phobias والادمان addictions[1] .

الأساليب العلاجية :

تستخدم أساليب متعددة في العلاج السلوكي ، من ذلك تكوين « أهرامات حصرية » anxiety hierarchy وكل هذه الطرق تستند إلى بعض التجارب والنظريات في التعلم . وتصلح كل طريقة لنوع معين من أنواع الإضطراب ، فالعلاج الاشمئزازي يستخدم لعلاج المرضى الذين يجدون إشباعهم gratification من موضوعات شاذة كالكحول ، وفي إنحراف التشبه بالجنس الآخر transvestism أسلوب الكف المتبادل reciprocal inhibition

(١) Beech, H. A., changing man's behaviour, a pelican book, 1969.



والمعروف بإسم سلب الحساسية المنظم systematic desensitization يستخدم لعلاج الحصر أو الأمراض العصابية .

وهناك نوعان رئيسيان من سلب الحساسية المنظم ، نوع يعتمد على (أ) مواقف الحياة الحقيقية ، ونوع آخر يعتمد على (ب) الخيال أو على المواقف الخيالية . في النوع الأول تخطط تمارين المريض وتنظم حول خبرات حقيقية واقعية في العالم الخارجي ، فمثلاً الخوف من المصاعد تتم معالجته بخبرة المريض الحقيقية ، والخوف من الازدحام يتم بتعريض المريض لمواقف مزدحمة . أما سلب الحساسية الخيالي فيعتمد على خلق صور خيالية في ذهن المريض ، هي المواقف التي يخاف المريض التعامل معها . ولكل من الأسلوبين مزاياه الخاصة ، ففي الطريقة الخيالية نستطيع أن نتحكم وأن نختار بحرية المواقف المثيرة للحصر ، كذلك يمكن خلق أي موقف أو حذفه إذا كان المريض لديه قليلاً من الخيال . ومن عيوبها أن المريض قد يعجز عن إنتاج الصورة الخيالية الحصرية أو قد ينتجها بصورة ضعيفة لا تؤدي إلى شعوره بالحصر .

وسواء استخدمنا مواقف خيالية أو حقيقية فإنه ينبغي علينا أن ندرج أو نسلسل المواقف التي تسبب أولاً قليلاً من الحصر حتى نصل إلى تلك المواقف التي تسبب أقصى درجة من الحصر . ومنهج الخطوة هذا هو الذي يحتاج إلى التخطيط الدقيق والذكي لأن الفشل في هذا التخطيط يقود إلى مزيد من القلق والحصر أو يتوقف المريض عن التقدم نهائياً . ووضع الخطة اللازمة لهرمية المثيرات قد يكون سهلاً كما هو الحال في علاج فوبيا العناكب ، وقد يكون صعباً في حالات أخرى كعلاج تصلب الكتابة أو التلعثم . ويتوقف نجاح العلاج على مدى تعاون المريض وقدرته على الاتصال ، ونقل أفكاره ومشاعره ، وقدرته على الوصف وبدون هذا لا يمكن إكتشاف طبيعة مشكلاته .

وفي الغالب ما تجمع المعلومات من تاريخ حياة المريض ومن إستجاباته على بعض الإختبارات النفسية ، وإستجاباته للمقابلات المكثفة التي يمر بها معه

المعالج وآراء أقاربه وأصدقائه . وقد يساعد تكليف المريض أن يدون في مذكرته اليومية تلك الأحداث الفوبية التي تحصل له . ويساعد هذا في الحصول على المعلومات التي قد ينساها أو يحذفها المريض . حالة سيدة شابة كانت تنزعج من صدور روائح كريهة منها ، وبذلك تشعر بالحرج والضيق كما تجرح غيرها . وعندما كلفها المعالج بكتابة مذكرات يومية ، وتم ذلك لفترة من الزمن ، تبين أن صدور هذه « الرياح » تحدث فقط وبصوت مسموع عندما يوجد معها أشخاص أغراب والذين تشعر تجاههم بعدم الراحة وعن طريق معرفة هذه الحقائق يمكن تصميم الهرم الحصري الملائم .

والمسألة سهلة نسبياً في علاج فوبيا العناكب spiders وذلك بتوفير العناكب التي تسبب الحصر بدرجات متفاوتة ، ثم ترتيب المواقف الحصرية ، بحيث نبدأ العلاج بالحد الأدنى من الحصر أو بأقل درجة من الحصر ، كأن نبدأ بعرض عنكب صغير وميت ، وبعدها عرض عنكب فاتح اللون على بعد عشرة أقدام وتستمر سلسلة التمرينات حتى يقترب العنكب رويداً رويداً من المريض ، وقد نشكل في تلك « المعروضات » من حيث الشكل والحجم والحياة والموت ، ونستمر هكذا خطوة خطوة حتى نصل إلى المثير الذي يسبب أقصى درجة من الحصر كأن نعرض عنكباً كبيراً وحياً ونشطاً وأسود ، وذا شعر ، نعرضه على مقربة جداً من المريض ، ولكن المسألة ليست دائماً بهذه البساطة ، فالغالب أن يحمل المريض معه مجموعة من المشاكل ، وليس مشكلة واحدة ، فالعصابي لديه مجموعة مختلفة من مصادر أو منابع الحصر . وهنا نتساءل هل نجاح العلاج السلوكي في علاج العادات السيئة في الأسوياء من الناس يعني نجاحها في علاج الأنماط المعقدة من الأعراض العصابية في المرضى ؟ وهناك حالة عالجها وولب لسيدة في سن ٣٤ سنة كانت تشعر بالإختناق ،. وكان لديها حافز ضاغط لكي تهرب في أثناء محادثاتها مع الناس الآخرين .

أخذت هذه الأعراض على شكلها الظاهري ، ووضع لها التكوين الهرمي بحيث يحملق فيها الناس ، وكان ينظر للحصر على أنه وظيفة للحملقة في

وجهها ، وعندما اقترب الشخص المخملق منها شعرت بحصر عميق وشديد ، وتوقف التقدم في الشفاء ، ولم تحل مشكلتها إلا صدفة عندما سألت وهي قلقة المعالج عما إذا كان يوجد أي شيء يستطيع أن تفعله للتخلص من الألم فأخبرها بتعاطي قليل من الخمر ، ولكنه علم بعد ذلك أن زوجها كان يحرم عليها شرب الخمر ، وأدت المناقشة أن زوجها متسلط عليها إلى درجة كبيرة وعلى نشاطها . وهنا بدت فوبيا الأماكن الضيقة claustrophobia إنها تتصل بظروفها الزوجية .

وهنا لا بد أن يبتعد وولب عن فكرة الإشتراط المجردة ، ويقترب من الإجراءات التحليلية وقد يختلف موضوع فوبيا الأماكن الضيقة ، فقد يتركز عند مريض معين على الخوف من الوجود في وسط إزدحام مباراة كرة قدم أو الخوف من الوجود في محل تجاري مزدحم ، أو من الجلوس في وسط كنيسة مملوءة ، وما أشبه ذلك بينما يعاني مريض آخر من القلق حول الأمراض فيخاف من المستشفيات والعيادات ومن روائح معينة ، أو يخاف من الإغماء أو من تعاطي الحقن وما أشبه ذلك ، وقد تكون حالة فوبي آخر من الخلاء agoraphobic فيشعر بالقلق إذا ترك وحده ، أو إذا ذهب لرحلة بمفرده وغير ذلك من الظروف المتشابهة وعلى ذلك فلا بد من وصف العناصر الجزئية التي يتكون منها الحصر .

والخطوة التالية في العلاج وهي تكوين الخطوات المنفصلة أو المراحل المنفصلة التي تكون الهرم المناسب لعناصر الخوف السابق التعرف عليها وينبغي أن تكون هذه الخطوات ملائمة للتكوين الكلي للمخاوف ، وينبغي إختيار هذه السلسلة الهرمية من المثيرات الحصرية بكل دقة لأن هناك مواقف لا تثير القلق ، وهناك مواقف تخلق نوعاً آخر من القلق ، وبذلك تضيف إلى تعقيدات حالة المريض . كذلك ينبغي أن يراعى عدم إتساع الهوة بين موقف وآخر حتى تحافظ على المبدأ الهام في التدرج ، فالإنتقال الفجائي من موقف يثير قليلاً من الحصر إلى موقف يثير كثيراً من الحصر يزيد من الإرتباط بين الحصر ومثيراته المرضية المعتلة .

كذلك فإن الخطوات لا ينبغي أن تكون قصيرة أو صغيرة جداً حتى لا

يفقد كثيراً من الوقت . والوضع المثالي أن تتضمن المثيرات حصراً أقل مما يسببه المضادات المستخدمة ضد استجابة الحصر ، وهذه المضادات هي الاسترخاء ، أو تناول الطعام أو الشراب . كذلك ينبغي أن نفهم أن تقدير أثر مثير الحصر يخضع للحكم السيكولوجي الذي قد لا يتفق مع الوقائع الفيزيقية ، فمثلاً رؤية المريض لحية أو أفعى على بعد ٦ أقدام ليس من الضروري أن تسبب ضعف ما تسببه رؤيتها من الحصر وهي على بعد ١٢ قدماً ، أو أن الحية وهي على بعد ١٢ قدماً تسبب نصف كمية الحصر التي تسببها رؤيتها وهي على بعد ٦ أقدام من المريض ، ولكننا نستطيع أن نتغلب على مثل هذه الصعوبة إذا كان لدينا وسائل دقيقة وثابتة لقياس الحصر . ولكن ينبغي ألا تقلقنا هذه التفاصيل الفنية البسيطة ، التي لا تقف حائلاً دون استخدام العلاج السلوكي إستخداماً ناجحاً .

تكوين مثيرات الحصر الهرمية :

ومع ذلك فإن وولب يقترح بعض الوسائل لقياس هرم الحصر باستخدام مقياس تقريبي حيث يسأل المريض أن يتخيل أقصى حصر خبره أو شعر به وأن يضع هذه الدرجة من الحصر فوق قمة المقياس ، ويعطيه مائة درجة ، ثم يطلب منه أن يفكر في حالة مطلقة من الهدوء ، وأن يعطي لهذه الحالة صفراً ، والمسافة بين هذين الطرفين تستخدم للإشارة إلى درجات كثافة الحصر وشدته ، تلك التي ترتبط بمجموعة متباينة من المواقف التي ستستخدم في العلاج ، فمثلاً مجرد الخروج إلى شارع مجاور يقدره المريض بأنه يثير فيه ٢٥ وحدة من وحدات الحصر بينما الذهاب إلى شارع مزدحم يثير ٩٠ وحدة وهكذا . وبعد أن يتدرب المريض قليلاً على هذه الطريقة يصبح قادراً على تقدير الحصر الذي سيشعر به . وكما يقول وولب ينبغي أن تبعد المثيرات الحصرية عن بعضها البعض بمسافة تتراوح بين ٥ ـ ١٠ وحدات حصرية ، وهذه الوحدات يسميها وولب الوحدات الذاتية للاضطراب .

ولكن طريقة وولب هذه في تصميم مقياس متدرج للحصر طريقة بدائية ، ولا تتفق مع طرق تصميم المقاييس المعروفة ، وعلى سبيل المثال يمكن إقتراح طريقة أخرى باستخدام طريقة المقارنة الزوجية paired comparisons وتتضمن هذه الطريقة طبع عدد من مثيرات الحصر المتصلة بحالة المريض ، كل مثير على كارت منفصل ثم يعطي للمريض زوجين من هذه الكروت لكي يقرر أيهما أكبر إثارة لحصره عن الآخر ، وتتكرر هذه العملية بالنسبة لكل الكروت . وتساعدنا هذه الطريقة[1] في الحصول على تقدير أكثر ثباتاً للمثيرات الفردية ، ولكنه مجرد ترتيب لها في رتب أوضعها في رتبrankorder أي وضعها في تسلسل من حيث قوتها في خلق الحصر ، ولكننا لا نحصل على تقدير كمي كالذي يحصل عليه وولب . يجب تحقيق توازن في النسبة بين الحصر وبين مضادات الحصر counter, anxiety وذلك لأن مستوى الحصر لا يبقى مستوياً أو ثابتاً ، وإنما يميل إلى التغير أو التذبذب ، وأن حالة المريض لا تبقى كما هي من يوم لآخر . فقد يظهر المريض القلق في مواقف معينة دون أن يكون ذلك متوقعاً حتى بعد أن يكون قد نجح في التعامل مع هذا الموقف في المرات الماضية .

وطبعاً يمكن حل هذه المشكلة عن طريق العودة إلى مواقف أكثر سهولة من مواقف إثارة القلق ، أو عن طريق ضم خطوات متوسطة بين المراحل التي تم وضعها في الهرم أو عن طريق استخدام وسائل أخرى ، كالعقاقير التي تخفض من حدة مستوى الحصر ولذلك يجب أن يكون المعالج يقظاً في ملاحظة ظهور أي إختلاف في الحالة الاكلينيكية للمريض .

ولكن المشتغلين بالعلاج السلوكي يستخدمون أحياناً « أهرامات » مختصرة فمثلاً لازاريوس Lazorus عالج حالة خوف لدى صبي في سن الثمانية سنوات بعد أن أصيب في حادث تصادم سيارة وكانت أول خطوة :

---

(١) لمعرفة طرق تصميم مقاييس الاتجاهات راجع كتاب المؤلف « علم النفس في الحياة المعاصرة » دار المعارف بمصر .

١ ـ هي الحديث مع الصبي « جون » عن أنواع مختلفة من السيارات ، وفي أثناء هذا الحديث قدمت قطعة من الشيكولاته لجون .

٢ ـ والخطوة الثانية كانت عبارة عن إحداث سلسلة من تصادم السيارات المعتمدة بإستخدام سيارات لعب وفي نفس الوقت تقدم الحلوى للطفل ، وهكذا كررت العملية عدة مرات .

٣ ـ الخطوة الثالثة جلس المعالج مع الطفل في سيارة كبيرة وناقشا الحادثة .

٤ ـ الخطوة الرابعة كانت عبارة عن « ركبة » قصيرة في إحدى السيارات وفي نهاية العلاج أصبح الطفل يستمتع بركوب السيارات لذاته دون تقديم الشيكولاتة .

ولكن واضح أن هذه الخطة قصيرة ومختصرة وغير واضحة فمثلاً لا نعرف ماذا كان مضمون الحديث عن القطارات والأتوبيسات والطائرات . . الخ . وكيف دار هذا الحديث ؟ لا يوجد توضيح لهذه الصفاصيل .

ولكن وولب يقدم وصفا أكثر تفصيلاً وشمولاً لهرم يحتوي على ٣٦ نقطة ويشرح الخطوات في فقدان الحساسية الخيالي ، وإستخدم هذا المنهج لعلاج سيدة تخاف من حركة المرور . ويقدم وولب عدد مرات عرض كل منظر على المريضة أو كل خطوة وغير ذلك من التفاصيل التي تساعد القارىء على تكوين صورة واضحة لما يحدث .

ويقدم والتون Walton وصفاً أكثر دقة في خطوات علاج سيدة في سن ٤٨ سنة كانت تخاف خوفاً شاذاً من فكرة تسيطر عليها أن الأطباء سوف يخطئون في تشخيصها ويعتبرونها « ميتة » ثم تدفن على قيد الحياة . وتضمنت خطوات العلاج تخيل المرأة أنها مغمي عليها ، وأن الطبيب يكشف عليها وهكذا حتى مرحلة نقلت فيها إلى مكان عرض الجثث crague ليتعرف ذووها عليها ، وتم

الكشف عليها هناك بمعرفة الأطباء ، ثم الوضع في النعش ثم قطع رأسها Decapitation ويشرح والتون Walton خطواته الهرمية لعلاج خوف وسواسي obsessional fear of contamination of dirt وكان يتضمن إلتقاط أشياء من فوق الأرض ، واحتوى على الخطوات الآتية :

١ ـ التقاط قطعة نظيفة من الورق من فوق أرض نظيفة دون لمس الأرض .

٢ ـ كما في (١) ولكن هذه المرة الورقة مجعدة قليلاً (أي موضوع مزعج قليلاً) .

٣ ـ كما في (١) ولكن الورقة تحتوي على بقع حبر .

٤ ـ كما في (١) ولكن المريض يلمس الأرضية .

٥ ـ تكرر الخطوة (٤) ولكن الأرضية لم تغسل جيداً وإنما تم مسحها فقط بقماشة جافة .

٦ ـ الخطوة الخامسة تكرر ، ولكن دون أن تكون الأرض قد نظفت على الإطلاق .

٧ ـ التقاط قطعة من الورق غير النظيف من مكان أكثر إستعمالاً من الأرض مع لمس الأرض عند الإلتقاط .

ولكن في هذا الأسلوب من العلاج يصعب أن يتفق معالجان ويستخدمان نفس الهرم في علاج نفس الحالة . كذلك قد يصعب على المريض أن يتبع بخياله نفس التعليمات (instructions) التي يتلقاها من المعالج .

ويمكن للقارىء المتخصص أن يتمرن على وضع إهرامات حصرية لعلاج الفوبيات الآتية : الخوف من القطط ـ الخوف من الدم ـ الخوف من الأماكن الضيقة ـ الخوف من السيارات ـ الخوف من الكلاب .

طرق الاسترخاء :

في العلاج عن طريق فقدان أو سلب الحساسية يمكن إستخدام أي إستجابة مضادة للحصر ، وإختيار واحد من بينها يتوقف على الظروف وعلى سهولة التطبيق والإستخدام . فمثلاً إستخدام إستجابات التغذية ، أو تقديم الطعام يصلح أكثر مع الأطفال الصغار ، بينما الاستجابات الجنسية بالمعنى الضيق ستكون مستحيلة معهم . كذلك فإن الإسترخاء في مواقف الحياة الحقيقية يصبح صعباً أما في المواقف الخيالية فإنه يصبح إجراء مثالياً . ولذلك يستخدم الإسترخاء في العلاج السلوكي كأسلوب أساسي . ويبدو أن جاكوبش (١٩٣٨) هو أول من قرر أهمية الإسترخاء relaxation كإجراء مقابل أو مضاد للحصر . وكان يرى أن خبرة الشخص الإنفعالية تنتج من تقلص أو إنقباض العضلات muscular contractions التي تصاحب الحالة الإنفعالية ، واقترح أن الاسترخاء سيكون الحالة المعاكسة أو المضادة لحالة الانفعال بعبارة أخرى هناك علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي muscle tension وبين إدراك الفرد للحالة الانفعالية . فإذا انخفض التوتر العضلي فإن الفرد لن يشعر بالاثارة الانفعالية . إن الآثار الذاتية التي تصحب حالة الاسترخاء القوية هي عكس الآثار التي يشعر بها الفرد في حالة الحصر أو القلق . وفي تأييده لهذه الفكرة قرر جاكوبش أن معدل النبض pulse rate وضغط الدم يرتفعان في الحالات الانفعالية وينخفضان بالاسترخاء العميق . كذلك تكشف بحوث أجراها كل من وولب وكلارك (١٩٦٣) ان مقاومة الجلد والتنفس تظهر فيها إتجاهات تخالف تلك التي توجد في حالة الحصر . والجدير بالذكر أنهما يستخدمان كمؤشرين للحصر وذلك عندما يكون الفرد في حالة استرخاء عضلي تتغير مقاومة الجلد وحالة التنفس .

ولذلك فإن التدريب على الاسترخاء العميق شيء هام بالنسبة للعلاج ، وهذا التمرين يعتبر سهلاً عند البعض وصعباً عند البعض الآخر . وفي الغالب ما يبدأ التدريب على الاسترخاء بعد قليل من إجراء المقابلة الأولى ويستمر خلال

جمع المعلومات الأساسية حول المشاكل ، وفي أثناء تكوين الاهرامات الحصرية تقسم الجلسة جزءاً للإسترخاء وجزءاً لجمع المعلومات ، ولكن هذا يتوقف على رغبة المعالج وعلى حالة المريض حيث يختلف المرضى في السرعة التي يصلون بها إلى مستوى الاسترخاء العميق المطلوب ، كما يختلفون في قدرتهم عن الكشف عن مشاكلهم .

ولكن معظم المرضى يصبح عندهم الاسترخاء سهلاً نسبياً بعد حوالي ست جلسات يصاحبها تمرينات في المنزل يومية ، ويسبق التمرينات شرح للدور الذي يؤديه في العلاج وفي اللحظات الصعبة عند المريض ، وبعد فترة يستمتع المرضى بالاحساس بالاسترخاء التام .

والنقطة الأساسية من شرح أثر الاسترخاء في محاربة الحصر أن يشعر المريض بالأثر أو بالنتيجة التي تعقب استرخائه ، ويستهدف التدريب مساعدة المريض على التمييز الواضح بين حالة التوتر العضلي وحالة الاسترخاء بحيث يصبح قادراً في النهاية على ممارسة التحكم الارادي على الجهاز المسئول عن التوتر والاسترخاء . وبالطبع فإن البيئة الفيزيقية المحيطة بالمريض ينبغي أن تساعد على حدوث عملية الاسترخاء . فالحجرة ينبغي أن تكون هادئة وخالية من أي عوامل مشتتة أو معرقلة يحتمل أن تسبب الإضطراب أو الانشغال للمريض . كما ينبغي أن يجلس المريض على مقعد مريح جداً ليس مرتفعاً جداً ونسمح للمريض أن يرتكن بشكل مريح ولين ، وأن يضع رأسه على وسادة مريحة .

ويبدأ التمرين بإسترخاء الذراعين ، وإن كان ليس من الضروري إتباع هذا الترتيب فقد يبدأ التدريب بإسترخاء الرأس أو الرجلين ، إنما يبدو أن المرضى أكثر قدرة على التحكم في الأذرع ، ولذلك فمن الملائم أن نبدأ بها ويطلب من المريض أن يسترخي إلى أقصى درجة ممكنة ، وأن يريح نفسه في المقعد إلى أقصى حد مستطاع . وبعد ذلك يطلب من المريض أن يقبض كفه بشدة ، أو يده اليمنى clench his right fist يقبضها بشدة محكمة ، وأن يركز

على تلك الأحاسيس الناتجة عن نشاطه هذا ، وأن يزيد من أحكام هذه القبضة إذا استطاع ذلك ويحاول أن يحدد أين يحدث هذا الشعور بالتوتر ، أي يحدد مكان حدوث التوتر ، وبعد عدة ثوان يطلب منه أن يسترخي وأن يفتح قبضة يده ، وأن يرخي الذراع والأصابع والمعصم والرسغ wrist وتصبح سائبة cloose وأن تصبح لينة floppy . وفي نفس الوقت على المريض أن يلاحظ أو أن يشعر بالفرق بين حالة الاسترخاء وحالة التوتر ، ويكرر هذا التمرين مرة أو مرتين حتى يستوعب المريض الفكرة العامة ويبدأ في التحكم في هذا الجزء من العضلات وبعد ذلك يتم تمرين المعصم الأيسر والساعد الأيسر بنفس الطريقة السابقة . وبعد ذلك يطلب من المريض أن يقوم بهذا التدريب مستخدماً كلتا يديه أي يقبض على المعصمين ويدرس التوترات الحاصلة في يديه وأصابعه وساعديه fourearms بينما يبقى باقي أجزاء جسمه مسترخاة إلى أقصى درجة ممكنة وهذا التمرين الأخير الذي يشمل الذراعين يعزز ويعضد ما تعلمه المريض .

ويستمر حتى يشعر المعالج أن المريض حقق درجة ما من التحكم أو السيطرة على يديه وساعديه .

ثم يحول الانتباه نحو الذراع العلوي ، حيث يطلب من المريض أن يثني كوعه elbow وأن يجعل العضلات ذات الرأسين الواقعة في أعلى الذراع biceps أن يجعلها بارزة أو ناتئة prominent باستخدام أقصى ما يستطيع من التوتر والشد ، ثم يطلب منه أن يزيد من هذا التوتر إذا استطاع ذلك ، وأن يبقيه لعدة ثوان ، ثم يطلب منه بعد ذلك أن يترك التوتر يزول ، وأن يسترخي ، وأن يترك لذراعيه أن يهبطا إلى جانبيه ، وأن يصبحا سائبتين وبعيدة عن التوتر وخالية منه بقدر ما يستطيع . وفي نفس الوقت يلاحظ جيداً الإحساسات بالتوتر والاسترخاء ، كما يلاحظ الفرق بين هاتين الحالتين . ويكرر هذا التمرين عدة مرات أولا مع ذراع واحد ثم يتم مع الذراع الثاني ، وأخيراً مع الذراعين معا

ثم يتم تمرين العضلات ذات الثلاث رؤوس triceps muscles على طول ظهر الذراعين عن طريق مد الذراع أكثر قوة وصلابة ممكنتان حتى يشعر المريض بالاحساس بالتوتر ثم يعطي له التعليمات بأن يفكر في هذه الاحساسات وأن يركز عليها ، كما يفكر في حالة الاسترخاء التي تتبع ذلك وأن يشعر بالفرق بين هاتين الحالتين من التوتر والاسترخاء .

ويمكن للمعالج أن يتعرف على مدى ما حصله المريض من تحكم وضبط بإجراء إختبار بسيط حيث يطلب منه أن يرخي ذراعيه كلية ثم يرفع المعالج ذراع المريض عدة بوصات ثم يتركه ليسقط ثانية على المقعد فيشعر المعالج الفرق بين رفع ذراع مسترخاة ورفع ذراع متوترة أو مشدودة ويكتسب المعالج القدرة في التمييز بين حالة الاسترخاء والتوتر عن طريق الخبرة والمران . فالطريقة التي يسقط بها الذراع المسترخاة تختلف عن تلك التي تسقط بها الذراع المتوترة ، فالذراع المسترخاة سرعان ما يشعر المعالج بثقلها والطريقة التي تسقط بها والتي تختلف عن الطريقة التي يتحكم المريض في نزولها و« الرشاقة » التي يهبط بها ذراعه .

ثم يوجه التدريب بعد ذلك نحو الرأس والرقبة بأن يطلب من المريض أن يسترخي إلى أقصى درجة ممكنة . ثم يتحول الإهتمام إلى إسترخاء عضلات الشفايف واللسان والفكين والأنف وفروة الرأس أو جلد الرأس والجبهة وحول العينين ، وذلك بنفس الطريقة السابقة المستخدمة في إسترخاء الذراعين . فمثلاً يمكن تحريك الشفتان وتجعيدهما وثنيهما ونتؤهما وشدهما وضغطهما بشدة معاً ثم بعد ذلك إسترخائهما .

وبالنسبة للعينين يمكن إغماضهما وإدارتهما نصف دائرة بشدة ثم إسترخائهما ، وهكذا .

ويجب توجيه إهتمام خاص للجبهة لأنها مركز للتوتر . وبالمثل يمكن شد وإسترخاء عضلات الرقبة عن طريق تحريك الرأس إلى الأمام ثم إلى الخلف إلى

أقصى درجة ممكنة ، ثم عن طريق إدارتها نحو جانب معين ، ثم نحو الجانب الآخر . إن تكرار تدريب التوتر والإسترخاء في هذه المنطقة مع دراسة الاحساسات والفروق بينهما سوف يساعد العميل على التحكم الإرادي في عملية الإسترخاء .

التمرين الخاص بالكتفين يتضمن رفعهما إلى أقصى ما يمكن العميل ودفعهما إلى الأمام وجذبهما إلى الخلف لخلق شعور قوي بالتوتر . وكل حالة توتر يعقبها حالة إسترخاء بحيث تصبح الحركة العضلية رخوة مترهلة إلى أقصى ما يمكن ، ومحاولة الوصول إلى مستوى عميق من الإسترخاء .

ويمكن التحكم في عضلات الصدر عن طريق التنفس breathing ويمكن أيضاً عن طريق حركات ضاغطة داخلية من الذراع العلوي والكتفين . والهدف من هذا هو مساعدة المريض على أن يحدد موضع التوتر والإحساس ، وأن يميز إحساس التوتر وإحساس الإسترخاء .

فالشهيق الكامل full inhalation يؤدي إلى الشعور بالتوتر والزفير exhalation يؤدي إلى الشعور بالإسترخاء أو إزالة حالة التوتر .

يعتبر تمرين المعدة صعباً نسبياً لأن المريض يجد من الصعب عليه شد أو ضغط عضلات المعدة stomach muscles وتصليب المنطقة البطنية . وهذه صعوبة بالنسبة للنساء بوجه خاص . ولكن بالتمرين يستطيع المريض أن يتعلم ممارسة التوتر والإسترخاء في هذه المنطقة . ويمكن ذلك عن طريق جذب المعدة إلى الداخل . وبالمثل عضلات الظهر يمكن شدها عن طريق تقويس الظهر ثم الإسترخاء ثانية . وعن طريق ثني الركبة يمكن توتير عضلات الردفين أو العجز buttocks والعضلات الواقعة خلف الفخذين thighs وعن طريق مد الرجلين بشدة يمكن توتير العضلات الواقعة أمام الفخذين . وبالمثل عن طريق شد أصابع الرجل toes ودفعها إلى الأمام يمكن توتير عضلات مشط الرجل .

وهكذا فإن مرور المريض بهذه التمرينات يؤدي إلى إسترخاء جسمه حتى

وإن لم تشتمل التمرينات كل عضلات جسمه . وليس من الضروري أن يتبع نفس هذا النظام في إسترخاء المريض فمن الممكن تبني أساليب أخرى .

ومن العوامل المساعدة على عملية الإسترخاء ما يقدمه المعالج من إيحاءات للمريض ، فإنه الآن يستمتع بحالة الإسترخاء وأنه من المجهد عليه أن يرفع ذراعه المسترخاة كلية ، وأنه شعر بالراحة عندما يتخلص منه أو يفك حالة التوتر .

والواقع أن الحالة التي يصل إليها معظم المرضى هي حالة من التنويم المغناطيسي الخفيف أو الإغفاءة البسيطة ، أكثر من حالة الإسترخاء الكامل والعميق للعضلات .

وجزء من عملية الإيحاء يتمثل في صوت المعالج الهادىء الرقيق ، وفي هذا إقناع للمريض بالإسترخاء أكثر من إرغامه عليه . وقد يرغب المريض في المراحل الأخيرة من التمرين أن يغلق عينيه ، ويساعد هذا في عملية الإسترخاء عن طريق إبعاد المؤثرات المشتتة التي توجد في الحجرة ، ويساعد هذا المريض على التركيز على إحساسه ، وعلى تعليمات المعالج . وينبغي أن يظل الإتصال اللفظي بين المعالج والمريض ولا يقتصر على مجرد إعطاء التعليمات اللازمة للإسترخاء في أول الجلسات .

ويكرر المعالج عبارات . . . اترك التوتر يذهب . . . أزيد أزيد . . . حاول أن تحقق مستوى أعمق من الإسترخاء في هذه المرة . . . مع إبراز جوانب الإحساس وإظهارها بوصف حي للأطراف المسترخاة بأنها رخوة ومرنة ولينة وطيعة وثقيلة . ووصف التوتر بأنه مجهد ومشدود ومتعب .

طرق علاج الحصر بالعلاج السلوكي :

« الحالة الآتية توضح طرق إزالة الحصر » وهي حالة رجل ثري في سن الخمسين ، يجلس مستريحاً على مقعد مريح ، ويغلق عينيه ، ويتنفس بسهولة ،

وأطرافه ممتدة ومسترخاة ، ويبدو مسترخياً إلى أقصى درجة ، وهكذا يطلب منه المعالج أن يتخيل أنه يدخل القطار الأرضي في أحد محطاته . ثم يطلب منه المعالج أن يتصور المنظر بينما تغلق أبواب القطار ، ويبدأ القطار في التحرك من المحطة . وهنا تظهر علامات عدم الراحة الفيزيقية على المريض ، كما يظهر التهيج ، وهنا يرفع المريض إصبعه الأيمن مشيراً إلى حدوث حصر أزيد من اللازم عنده ، ومباشرة يأمره المعالج بإنهاء المنظر ، وأن يعود مرة أخرى هادئاً مسترخياً . وبعد عدة لحظات يعاد عرض المنظر مرة أخرى . وكان المريض رجل أعمال ناجح ، ولكنه كان يعاني من العجز عن السفر في وسائل المواصلات العامة ، ورغم نجاحه في مجالات حياته الأخرى إلا أن عجزه هذا كان يسبب له كثيراً من الحرج . وبالطبع تم إجراء الفحوص اللازمة ، ووضعت المواقف المثيرة للحصر في شكل هرمي بحيث يثير كل موقف مقداراً صغيراً من الخوف يمكن منعه عن طريق الاسترخاء . وينتقل المعالج من موقف إلى آخر حتى يتمكن من إزالة كل الاستجابات الفوبية .

ولكن هذا يتطلب فهماً جيداً للمريض ومشكلته وفهم منطق العلاج وتعلم قواعده . ومن الضروري أن يتعلم المريض تخفيف الحصر الزائد عن الحد ، وإذا أصبح قلقاً أزيد من اللازم عليه أن يرفع أحد أصابع يده اليمنى حتى ينهي المعالج المنظر الذي أنتج رد الفعل الزائد عن الحد ، فقد يتطلب الأمر العودة لمراحل سابقة في العلاج أو حذف بعض المناظر . ولكن التجربة تدلنا على أنه كلما عرض المثير كلما قلت علامات الحصر في استجابة المريض .

ومن الضروري استخدام إشارة أخرى يستعملها المريض لنقل معلومات للمعالج دون أن يخلع نفسه من حالة الإسترخاء ، فإذا عجز المريض عن خلق منظر معين فإنه يرفع أحد أصابع يده اليسرى ، كذلك يستخدم إصبعه للتدليل على نجاحه في خلق صورة ذهنية كان خلقها عنده مستحيلاً من قبل . فمثلاً بعض الأشخاص يجدون صعوبة في خلق صورة خيالية بأن الواحد منهم يرقد فوق

شاطىء نهر مملوء بالحشائش في يوم حار يستمع إلى صوت مجرى ماء ينحدر فوق الصخور ، ويشعر بنعاس سعيد ، وما إلى ذلك . مثل هذه الصورة الخيالية يكون خلقها من الصعب على الشخص الذي يخاف من الحشرات ، وعندما ينجح المريض في تكوين هذه الصورة الواضحة في ذهنه عليه أن يرفع إصبعه الأيسر ، وعندما يتأكد المعالج من اكتمال هذه الصورة في ذهن المريض فإنه يبدأ بأول صورة من هرم المثيرات . وبعض المرضى يحتاجون إلى كثير من الوصف اللفظي والتفاصيل حتى يكونوا الصورة الذهنية المطلوبة ، وبعضهم يكفيه إعطاء الخطوط العريضة للمنظر الخيالي المطلوب . ويستمر عرض المنظر عدة مرات كدخول قطة على شخص يخاف منها ، وذلك حتى ينتهي الشعور بالخوف المصاحب لرؤ ية القطة . وإذا لم يتحقق ذلك فإن الحصر المتبقى من المنظر (أ) يمكن أن يضاف إلى الحصر الناتج من المنظر (ب) ومن ثم قد يتعاظم شأنه ويستعصي عن الزوال بواسطة الإسترخاء ، وعلى كل حال إذا قرر المريض أنه قد كون إدراكاً واضحاً للمنظر ، وأنه لا يشعر بأي حصر فإن المعالج يطلب منه أن يبقي المنظر لمدة من ٥ : ١٥ ثانية ، ثم يطلب منه إنهاء هذا المنظر ، ثم يتحول إلى حالة الاسترخاء ويعطيه فرصة لتمامه ، ثم يعاد عرض المنظر مرة أخرى ، ويعقب شرح المعالج اللفظي فترة سكون لبضعة ثوان ثم يعود إلى كامل حالة الإسترخاء .

يعاد تقديم المنظر عدة مرات في تتالٍ (العرض اللفظي ، السكوت ، الاسترخاء ، السكوت) والفترة الزمنية يجب أن تكون مرنة وليست محدودة تحديداً قاطعاً ، ولكنها لا تتجاوز بضعة ثوان ، ويستمر الوضع هكذا من منظر إلى آخر ، في نفس هذا التسلسل تدريجياً حتى ينتهي إلى جمع نقاط الهرم الحصري .

(أ) عرض مختصر .
(ب) سكوت .
(جـ) تعليمات الاسترخاء .

(د) سكوت .

وفي الغالب ما تستغرق جلسة العلاج ٢٠ ـ ٦٠ دقيقة ، وتسمح هذه المدة بعرض ٤ ـ ٥ مناظر في الجلسة الواحدة . ولكن ليست هناك قواعد جامدة في هذا الصدد . ويعرض المنظر لمدة ٥ ـ ١٥ ثانية ولكنه يمكن أن يقلل من هذا الزمن إذا وجد أن منظراً معيناً يثير قلقاً أكثر من اللازم . أما فترة الاسترخاء الواقعة بين عرض منظر وآخر فتصل إلى نصف دقيقة[١] .

العلاج بالتوكيد *Assertive Therapy* :

يروي بينش هذه الحالة لرجل يدعى آرثر كان قد أرغم على تعلم قمع مشاعره وكان أبوه دائماً يضغط عليه بفكرة تجنب أزمات الحياة وصعابها « بعدم الكلام كثيراً » . وفي صباح أحد الأيام وجهت زوجته إليه بعض الكلمات التي جرحت شعوره ، وكالمتبع لم ينطق بكلمة ، وذهب إلى عمله . وهناك وجه إليه رئيسه في العمل الانتقاد على خطأ ارتكبه شخص آخر غيره ، ولكن مرة أخرى ظل آرثر صامتاً ، وحاول أن « يبلع » التعليقات غير العادلة ضده ، وفي نفس اليوم حدث أن أساء أحد العمال الصغار أدبه عليه ، ومرة ثانية لم يصدر عن آرثر أي رد فعل . وفي آخر النهار عاد إلى منزله ليجد زوجته وقد أعطت جهاز تسجيله لشقيقها الذي قام بدوره بإفساده ، والآن أصبح الغضب الذي ظل مكبوتاً ومتراكماً طوال اليوم يبحث عن مخرج أو منفذ Outletولكن ثورة الغضب العارمة الغير محكومة وجهها نحو زوجته وليس إلى شقيقها ، وكان الغضب لا يتناسب في حجمه مع حجم الخطأ offence الذي إرتكبته وأدت أحداث اليوم والشعور بالذنب الناتج عن شعوره بأن غضبه كان أزيد من اللازم ، وأنه اتجه نحو شخص لا يستحقه ، جعله يشعر باليأس والإقتراب من الانتحار suicide ولقد أدرك وولب أن مشكلة هذا المريض تتمثل في الخوف من التوكيد fear of assertion هذا الخوف الذي نشأ من التدريب الأبوي القاسي المبكر وتبين له أن

(١) Beech, H. R., changing man's behaviour, Pelican, 1971.

رد فعل آرثر للإحباط كان تنفيساً للمشاعر المحبوسة المتراكمة bottle- up وكان عليه أن يصرفها ، أو يدعها تخرج let go وسقطت « القشة الأخيرة » على الحمولة الثقيلة من الغضب المقموع . ولذلك رآى المعالج أن يدربه على التعبير عن مشاعره بطريقة طبيعية وملائمة وكلية . هذا التدريب هو ما يطلق عليه إصطلاح العلاج بالتوكيد أو التدريب التوكيدي ، ويستهدف احداث تغييرات في اسلوب حياة الفرد وخاصة في مجال العلاقات الشخصية المتبادلة .

ويعتبر وولب هذا العلاج حالة خاصة من حالات « الكف المتبادل » حيث يعمل التوكيد كإستجابة مضادة للحصر بالمثل كالإسترخاء والطعام ، إلى جانب كون الإستجابات التوكيدية عادات إيجابية جديدة تستمر في خارج الموقف العلاجي . ففي مواقف الحياة العملية ، بعد العلاج ، لا يقابل المريض مثيرات الحصر بحالة كاملة من الإسترخاء ، وإنما الاسترخاء يحقق غايته في مجرى العلاج ، وتحقيق الشفاء ، أما الاستجابات التوكيدية فإنها تظل مفيدة كسلوك مضاد للسلبية أو الخضوعية submissiveness . وإنما ينبغي أن تظهر في المواقف الحقيقية المناسبة .

إن بعض الناس يمارسون نوعا من الضبط الذاتي ، والقيود الذاتية إلى درجة أبعد من اللازم . والتدريب المثالي لهؤلاء لا ينبغي أن يصل إلى حد التطرف فيتحول المريض إلى الفظاظة أو الغلظة أو العدوان أي يتحول من السلبية إلى العدوانية .

ويتضمن التدريب التوكيدي توفير المكافآت أو التعزيزات للمريض على سلوكه التوكيدي .

وتعتمد خطة التدريب التوكيدي على شيئين أساسيين هما :

أ ـ التوكيد بأن السلوك التوكيدي يتبعه المكافآت للمريض كالإعتراف به ، وأن ينال الترقية في عمله ، أو غير ذلك من مظاهر الإشباع التي كانت تحرم على المريض .

وكما هو الحال في العلاج بسبب الحساسية أو غيره من أساليب العلاج الأخرى ينبغي جمع المعلومات الكافية عن حالة المريض وظروفه وطبيعة مشكلته لمعرفة المشكلة ، وأنه يتمثل في فقدان التوكيد الذاتي lack of self assertion وذلك باستخدام المقابلات التي تتسم بالتسامح والتعاطف بحيث يظهر حنقه من المظالم التي وقعت عليه ، وكيف أهمله الآخرون وحول ما كان يرغب أن يقوله في المواقف الماضية ، ولكنه لم يفعل ذلك أو لم يستطع أن يفعله .

والخطوة الثانية في نظر وولب أن يخبر المريض أن التعبير الخارجي للتوكيدية يمنع التهيب والجمود والحصر . فيوضح له مثلاً أن الحصر الإجتماعي هو الذي حجز الإستجابة الملائمة ، وأن سلوكه الهياب هذا يمنع حصوله على الترقي في وظيفته أو المكانة الإجتماعية والإعتراف به . . . الخ . ويمكن توضيح مصدر هذا النقص في التوكيد عند المريض ، وفي حالة آرثر واضح أنه نتج من المعاملة الأبوية . كما يشرح له أنه عن طريق بعض التدريبات المتكررة لتوكيد الذات سوف تزداد ثقته بنفسه ، وكذلك قدرته على التعامل بكفاءة في العلاقات الشخصية . ثم يشجعه على السلوك التوكيدي في بعض المواقف البسيطة على شرط أن يكون متأكداً من نجاح هذه المحاولات وأنها سوف تشجع المريض .

والجدير بالذكر أن العلاج التوكيدي يتضمن كثيراً من أسالية العلاج بالاستبصار insight therapy ، حيث يطلب من المريض أن يتعرف على أخطائه ، وأن يتعلم أساليب أخرى بديلة أكثر ملائمة . كذلك يصاحب ذلك الإيحاء القوي الذي يستهدف تخليص المريض من أنماط سلوكه القديمة ، وأن يتبنى المقاييس أو المعايير التي يقترحها له المعالج . وعلى المعالج أن يوضح للمريض أنه حالة غير براقة وغير جذاب ، وأن الناس مثله يهملون ، ولا يعتبرهم غالبية الناس ، كما يشير إلى قتامة أو كآبة الحياة أو الوجود بالنسبة لـهؤلاء الأفراد ، وأن سلوكهم لا يجلب لهم إلا قليلاً من المكافأة أو الجزاء ، وأن الجزاء الأكبر الذي يحصل عليه الناس من المجتمع يوجه للناس الناجحين ،

وأن الشخص الذي لا يؤكد ذاته يلقى كثيراً من المظالم الكبرى . كما يثير معه قضية ضرورة وقوف الشخص صلباً في الدفاع عن حقوقه وذلك بغية توجيه المريض وتنمية إرادته وتصميمه لكي يتغير نحو الأفضل .

أما التدريبات الخاصة بالبنيان الحصري الهرمي فتشتمل على مناظر خيالية والتعامل مع أحداث مرت في حياة المريض ، كذلك يستخدم منهج لعب الدور في العلاج التوكيدي . ويبدو إستخدام هذا المنهج في علاج وولب للحالة الآتية : وهي حالة شخص يدعى بول يحمل مؤهلات ممتازة ، ولكنه لم يحرز أي تقدم في الشركة التي يعمل بها ، لذلك شعر بالإحباط وبإنخفاض الروح المعنوية . ومن بين المواقف المهمة موقف إجراء المقابلات معه للحصول على وظيفة جديدة وعلى ذلك كان على المريض أن يتصور أن المعالج من رجال الأعمال ، وأن المريض يتقدم لطلب وظيفة عنده ، قرع المريض باب صاحب العمل بتهيب ، وقابله صاحب العمل برشاقة ، وأمره بأن يدخل فدخل متردداً يمشي متخبطاً ، غاض البصر ، متهيباً وقلقاً وخائفاً وحينئذ قام المعالج ومثل هذا الدور أمام المريض لكي يشعره كيف كان سلوكه ، وكيف يظهر هو في مثل هذا الموقف للآخرين . وتبع هذا الأداء تبادل الأدوار بين المريض والمعالج ، فلعب المعالج دور مقدم طلب الوظيفة مقدماً العرض الصحيح لما ينبغي أن يكون عليه السلوك ومظهراً الثقة بالنفس أمام صاحب العمل ، ثم قام المريض بتكرار هذا العرض التوكيدي ، وذلك لعدة مرات حتى أصبح قادراً على الأداء المرضي السليم . وهكذا تم تناول بقية الجوانب الخانعة في سلوك المريض .

لكن يظهر في علاج مثل هذه الحالات تغيير في بعض خصائص الشخصية خلافاً لما يزعمه أنصار العلاج السلوكي الشرطي ، الذين يزعمون أنهم يغيرون السلوك دون إحداث تغير في الشخصية . فواضح هنا تناول بعض سمات الشخصية كالسيطرة والخضوع والتوكيد والتهيج كذلك يمكن القول بأن العلاج التوكيدي هنا يتضمن بعض مظاهر التقليد .

وفي علاج سيدة في الثانية والعشرين من عمرها ، متزوجة ، من نقص الصفات التوكيدية ، طلب منها في المرحلة الأولى من العلاج أن تصيح « بلفظ إزدرائي » عندما تصل الصدمة الكهربائية التي تتعرض لها إلى حد لا تحتمله .

وفي المرحلة الثانية من التدريب طلب منها أن تضرب بكل قوة تستطيعها فوق وسادة ، وأخيراً وصل إلى مرحلة ممارسة العدوان اللفظي . وهنا أصبحت قادرة على التعامل مع العاملين في المستشفي بطريقة أكثر توكيداً . ويبدو أن تدريب الفرد على القيام ببعض الأعمال التوكيدية المبالغ فيها ربما تترجم إلى مواقف الحياة العادية .

علاج الحصر بالصدمات الكهربائية :

من ملاحق تقنيات العلاّج السلوكي طريقة مشتقة العمل في مجال العصاب التجريبي في الحيوانات لتقييد سلوك الحيوان في أثناء التجارب ، في استجابة للمثيرات غير السارة .

تقييد يحول بينه وبين الاستجابة المتكيفة المتلائمة ، بعبارة أخرى معظم الكائنات الحية تحت الظروف العادية ، تستطيع أن تستجيب إستجابة طبيعية للمثيرات الضارة أو المؤذية ، كالتعرض للصدمات الكهربائية أو الحروق ، ولكن القيود الفيزيقية أو غير ذلك من الظروف السيكولوجية غير العادية ، ربما تمنع من صدور الإستجابة الملائمة . ويتبع ذلك أن منع الكائن من عمل الاستجابة التي تنهي الصدمة أو المثير غير السار يرفع من الحالة الإنفعالية عند الكائن . ولا يشك أن هناك فرقاً في الآثار الناتجة عن العقاب القابل للهروب ، والعقاب الذي لا يمكن الهروب منه .

ولقد أوضح كل من موريا روفيك Mowrer and Vick أن الحيوان ، عندما تعلم القيام بإستجابة حركية محددة في مجابهة المثيرات المؤذية ، زالت منه آثار هذا المثير بعد فترة من الوقت . ويقترح وولب ضرورة توفير الفرصة أمام المريض لإنهاء أو للتخلص من المثير غير السار بواسطة السلوك الحركي .

وعندما يتخيل المريض منظراً ما ويصبح هذا المنظر غير سار توجه صدمة كهربائية طفيفة على ذراع المريض وعندما يقرر المريض أنه كون صورة ذهنية سارة يعطي المعالج الصدمة حتى يصدر المريض إستجابة حركية كتحريك ذراعه فينتهي المثير الضار .

وتستخدم الصدمات الكهربائية بطريقة أخرى حيث يتعرض المريض لتيار كهربائي يمكن الإحساس به ، ولكنه غير مؤلم لمدة من ٢٠ : ٣٠ دقيقة أو حتى يقرر المريض إنخفاض قلقه . ويزعم أن هذه الطريقة تصلح لعلاج كل من القلق النوعي المحدود والحصر . وكذلك يرى وولب استخداماً آخر للكهرباء في العلاج حيث يكون المريض في خياله منظراً مثيراً للحصر وعندما يتضح هذا المنظر في ذهنه يتعرض لصدمة أو صدمتين فيشعر المريض بتقلص عضلي شديد .

والفكرة من إستخدام هذه الاجراءات هي ربط إزالة أو إنهاء حالة الألم أو الأذى ببعض المثيرات التي يستطيع أن يتداولها المريض . ومن هذه الطرق تعريض يد المريض لصدمة كهربائية مستمرة تتوقف عندما ينطق المريض بكلمة هدوء . ويمكن أيضاً زيادة كثافة الصدمة حتى ينطق المريض الكلمة التي تجلب له الراحة .

والمنطق وراء هذا الإجراء أن الصدمة الكهربائية تخلق نوعاً من عدم الراحة الإنفعالية وهي من سمات الحصر والحصول على الراحة من الكلمة وعن طريق تكوين إرتباط كلمة معينة أو لفظة عديمة المعنى وإنهاء الحالة الإنفعالية من المتوقع أو المأمول أن تصبح الكلمة نفسها وسيلة لخفض الحصر وعلى ذلك ففي المستقبل عندما يشعر المريض بالحصر يستطيع أن يستعيد راحته بأن يقول لنفسه كلمة « هادىء » أو كلمة أخرى ، ولكن هذا المنهج ما زال يحتاج إلى كثير من الأدلة التجريبية .

العلاج عن طريق الممارسة السلبية :

هناك حالات قليلة يحتاج المعالج فيها إلى استخدام التمرين السلبي كأسلوب أساسي في العلاج ، ولكن هناك حالات كثيرة يستخدم فيها هذا التمرين كأسلوب مساعد لمناهج أخرى . والفكرة الرئيسة من هذا العلاج هي تكرار بعض العادات الغير مرغوب فيها حتى يصبح إستدعاء هذه العادة لمزيد من العمل أمراً مستحيلاً . ويحتاج لعدد كبير من الجلسات حتى تقل قوة العادة غير المرغوبة . ويعرض وولب لحالة سيدة سن ٢٤ سنة تعاني من اضطرارها أن « تجرش » بأسنانها (إصرار الأسنان) tooth-grinding تم علاجها عن طريق قيامها بتدريب مطول أو سلسلة من التدريب protracted exercises في ممارسة هذه العادة السيئة بحيث كانت تتمرن عليها ٣٠ مرة في اليوم الواحد مدة كل تمرين دقيقة كاملة ومع وجود دقيقة راحة بين كل تمرين وآخر . وكانت النتيجة بعد أسبوعين ونصف اختفاء جرش الأسنان اللاإرادي involuntary ولم يتكرر حتى بعدها بعام كامل .

وباستخدام هذا الأسلوب تم علاج كثير من الحركات اللاإرادية tics أو اللوازم كحركة الرقبة ، أو ربط العنق وضبطها أو حركات العين أو الشفاه أو تسليك الزور ولكن الشفاء فيها يحتاج تدريبات مطولة جداً حيث يؤدي التكرار الزائد إلى كراهية العادة والتعصب منها ، وبذلك يتغير الإرتباط بين العادة أو الدافع لها والنتيجة ، فبدلاً من الشعور باللذة أو الراحة يشعر المريض بالتعب من ممارستها فكيف عنها فالتمرين يقتضي أن يمارس المريض العادة إرادياً لأن « اللازمة » تكون غالباً لا إرادية وخارجة عن سيطرة الفرد .

وهناك إضطراب غير شائع يطلق عليه Les gilles de la tourette syndrome ويبدأ بظهور « لوازم » وحركات إرتجافية jerky movements في الوجه وفي الجسم والأذرع والأرجل ويصاحب ذلك التلفظ اللاإرادي involuntary vocalization بالألفاظ القذرة . ويقتضي العلاج أن يكرر المريض

هذه الكلمات بأعلى صوت ممكن وإلى أقصى درجة ممكنة من التكرار حتى لا يستطيع أن ينطق بكلمة بعد ذلك وذلك لمدة دقيقة كل محاولة .

علاج التبول اللاإرادي بالاشتراط الإيجابي :

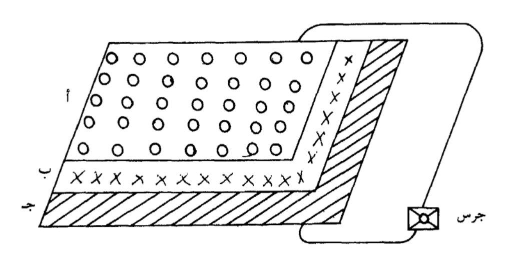
يرى المعالج السلوكي أن التبول اللاإرادي enuresis يرجع إلى فشل الطفل في تكوين الإستجابة الشرطية التي اكتسبها معظم الأطفال . ولذلك فالعلاج واضح ومباشر وهو تقوية السلوك الضعيف عن طريق الإشتراط .

لقد كان مورير (١٩٣٨) أول من استخدم المنهج الإشتراطي في التحكم في عادة بل الفراش bed-wetting وكان الهدف تكوين رابطة بين مثير ما وتوتر المثانة bladder أو ربط استجابة اليقظة مع ملء المثانة حتى يمكن بعد التدريب أن يستيقظ الطفل عند حدوث الاحساس بملء المثانة ، وقبل حدوث التفريغ وبالضبط إيقاظ الطفل قبل العتبة التي يحدث عندها تفريغ المثانة للبول micturition ويتضمن العلاج نوم المريض على فراش خاص يتصل بسلك كهربائي ، ويعمل البول على توصيل الدائرة الكهربائية فوق جرس معين فيستيقظ المريض أثناء التبول اللاإرادي .

ينام الطفل على سرير خاص بحيث ينفصل التيار الكهربائي بواسطة ملاءة رقيقة من المعدن المخرم وبحيث يتخللها البول ويمر منها فتكتمل الدائرة الكهربائية ويتصل التيار بجرس كهربائي فيدق . ولقد وجد الباحثون أن نسبة الشفاء بإستخدام هذا المنهج تتراوح ما بين ٣٣ : ١٠٠ ٪ ويزعم البعض حدوث الشفاء بعد إجراء ١٤ محاولة شرطية بتسهيل تكوين الإرتباط إذا اقترنت الاستجابة بتقديم التعزيزات أو المكافآت ويقلل التعزيز من حالات الانتكاس أو العودة للمرض .

ويذهب لوفي بوند Lovibond إلى القول بأنه بالإضافة إلى إسترخاء المثانة كمثير لكف تفريغها فإن الطفل يتعلم كيفية تجنب مثير ضار أو مؤذ كالصدمة

الكهربائية أو طنين الجرس الكهربائي وغير ذلك من المثيرات عن طريق تقلص العضلة العاصرة sphincter muscle ، ويتطلب ذلك نوم المريض على سرير معد بحيث يحدث تفريغ المثانة لا إشارة واحدة كما هو الحال في الطريقة الأولى وإنما يؤدي إلى حدوث إشارتين : الأولى صوت سيارة مزعج وعال وغير سار ويستمر لمدة ثانية واحدة ، ويستهدف عمل منعكس وتقلص للعضلات العاصرة ، وبذلك يمنع تفريغ المثانة . ويتبع هذا الصوت المزعج بعد دقيقة صوت جرس رقيق يستخدم للمساعدة في حدوث الإستجابة . ويلاحظ أن التعزيز في هذه التجربة تعزيز سلبي حيث يتجنب الطفل بعض المثيرات الضارة أو المؤذية عن طريق القيام بالتقلصات العاصرة .



ولكن هذا العلاج الذي يدوم نحو شهرين يضع كثيراً من المسئولية على الآباء الذين يصبح عليهم أن يستيقظوا عدة مرات ، وأن يعيدوا تركيب الجهاز مرة أخرى ، ولذلك هناك محاولات لتخفيف هذا العبء عن كاهل الآباء . من هذه المحاولات إستخدام العقاقير التي يزعم أنها تساعد على تكوين الإرتباطات الشرطية . ويستخدم عقاران هما dexedrine and methedrine للإسراع في عملية العلاج القائم على إستخدام جهاز الجرس والبطانية bell and belanket apparatus .

---

(١) Beech, H. R., op. cit., p. 141.

وبلغت نسبة النجاح في الحالات التي أكملت العلاج نحو ٩٠ ٪ . ولكن بينما يؤدي إستخدام هذين العقارين إلى التعجيل في العلاج وتقصير مدته ، إلا أن نسبة الإنتكاس تزداد عن إستخدام طريقة « الجرس والبطانية » وحدها .

علاج بعض مظاهر السلوك الشاذ بتغيير التغذية الرجعية

يعرض Beech لحالة سيدة تعمل راقصة باليه تعاني من الرغبة المتكررة في التبول كل نصف ساعة على الأكثر .

وكان هذا يعوق عملها ، ويسبب لها كثيراً من الحرج . ودلت حالتها بأنها رد فعل حصري . ومورس معها العلاج بالتحليل النفسي لمدة خمس أسابيع دون حدوث تحسن يذكر ، ولذلك تولى علاجها جون (١٩٦٠) باستخدام طريقة أخرى . وكانت طريقة علاجها سهلة وهي عبارة عن توصيل مثانتها bladder عن طريق قسطر أي أنبوبة معدنية أو مطاطة تدخل عادة لمجرى البول لتفريغ المثانة (catheter) إلى أنبوب مدرج graduated tube تستطيع المريضة مشاهدته بسهولة وبوضوح ، وتستطيع أن تقرأ فيه الضغط الحادث من إمتلاء أو من محتوى مثانتها . ثم أدخل محلول مالح saline solution من خلال القسطر وبذلك إزداد ضغط المثانة لدرجة حرجة تجعل المريضة تشعر بالرغبة في التبول . هذا التدبير ساعد المريضة على رؤ ية درجة الضغط التي تجعل حاجتها للمرحاض لا تحتمل أو تصبح حاجة ملحة inperative وكانت تحت تشجيع المعالج بأن تزيد من درجة احتمالها بزيادة حجم أكبر لمحتوى مثانتها قبل أن تضطر إلى « الاستسلام » . وبدون علم ومعرفة المريضة كان لدى المعالج جهاز يستطيع به أن يخفض الضغط الظاهر الذي يبدو على المؤشر الذي تراه المريضة . وبذلك كان الهدف أن تأتي المريضة إلى احتمال مزيد من السائل في مثانتها نظراً لأنها تكون قد احتملت من قبل مستويات أعلى من تلك التي تشاهدها الآن . وفي النهاية بعد إستخدام التغذية الرجعية الزائفة والحقيقية feedback من المعلومات عن ضغط مثانتها تمكنت المريضة من التحكم في صعوبتها .

وهذا العلاج قائم على أساس إقامة علاقة بين الإحساس في المثانة والقراءة المرئية . وبعد تكوين هذه العلاقة يحس المريض بالرغبة في الذهاب إلى المرحاض حتى إذا كانت مثانته خالية أو بها قليل من السائل .

العلاج بالاشمئزاز أو النفور :

يستخدم العلاج بالنفور لشفاء حالات نفسية كثيرة من بينها حالات الإنحرافات الجنسية ، والحالة الآتية لشاب يعمل سائق شاحنة مصاب بحب التزين بملابس الجنس الآخر transvestite وكان يشتق منه الشعور باللذة من إرتداء ملابس النساء منذ أن كان عمره ١٥ سنة ، وعندما علمت زوجته التي مضى على زواجه منها أقل من عام واحد بشذوذه هذا شجعته كثيراً على البحث عن علاج . ولقد أعطي ٦٨ جلسة علاجية وبعدها تخلص من الأعراض وتحرر منها . وكانت جلسات العلاج عبارة عن جلوس المريض على مقعد في حجرة صغيرة بعد أن يكون قد أعطي حقنة تحت العضل من مادة apomorphine وعيناه تتركزان على شاشة بيضاء معلقة على الحائط من الجانب الآخر من الحجرة . وبينما هو يحملق على الشاشة يكون العقار قد أخذ في عمل مفعوله ، ويؤدي إلى شعوره بالغثيان أو الدوار nausea وعندما يقرر إحساسه بالمتاعب هذه تعرض صور على الشاشة كما يسمع تسجيلاً صوتياً لوصف هذه الصور المعروضة ، وهي صور للمريض نفسه وهو يرتدي أجزاء مختلفة من ملابس النساء ، تبدأ من مجرد لبس بعض الملابس الداخلية حتى تصل إلى لبس كافة الملابس النسائية مع تزين كامل للوجه بإستخدام المساحيق والألوان المختلفة . وصوت التسجيل هو صوت المريض نفسه أيضاً يصف اللبس ويردد اسمه ويستمر هذا العرض حتى يتقيأ المريض من تأثير العقار .

ولكن هناك من يتشكك في قيمة استخدام العقاب في علاج الأمراض النفسية . ومسألة استخدام العقاب في تعديل سلوك التلاميذ مسألة يعارضها كثير من التربويين . ولقد استخدم هذا الأسلوب النفوري في علاج حالات

إدمان الخمور . وكانت الفكرة الأساسية هي تكوين إرتباطات جديدة بين ظهور الكحول مع الشعور بالغثيان ، وتحقق ذلك باستخدام العقاقير التي تسبب القيء vomiting وغيره من الاحساسات غير السارة ، وفي أثناء هذه الخبرات يسمح للمريض بشرب كمية صغيرة من الكحول ، وكان يوجد في الحجرة رف عليه مجموعة من زجاجات الكحول حتى يستطيع أن يراها المريض .

ويمكن إعطاء بعض المشروبات الأخرى بين الجلسات أو المحاولات حتى يميز المريض بين مشروب يسبب القيء وآخر لا يسببه أو مشروب يسبب القيء وآخر يسبب السرور . وفي سنة ١٩٦٥ قرر بلايك Blake أنه عالج ٣٧ حالة بما أسماه هو علاج « الاسترخاء ـ النفور » relaxation-aversion therapy ، حيث كان يسبق تدريب الإسترخاء اشتراط النفور . وكان هذا الدمج بين منهجين ضرورياً لنجاح علاج الإدمان الزائد .

وتتضمن إجراءات العلاج جلوس المريض على مائدة في كبينة صغيرة يواجه شاشة موضوعة على الحائط ، ومثبت في ساعده أقطاب لتوصيل الصدمات الكهربائية ، ثم يعطى كمية من الماء ، وأخرى من الكحول وكوباً لكي يخلط فيه هذين السائلين ، وأعطيت له التعليمات بأن يرشف sip المزيج ، ولكن لا يبتلعه . وفي بعض المحاولات يصحب الإرتشاف صدمة ذات كثافة متزايدة . وكان المعالج يخبر المريض بأن الصدمة سوف تنتهي عندما يقذف المشروب من فمه إلى إناء معد لذلك . وفي بعض المحاولات الأخرى كانت تحذف الصدمة الكهربائية وكان يطلب إلى المريض أن يقذف بما في فمه عندما تضاء أمامه لمبة خضراء . وفي هذا الأسلوب تطبيق لمبدأ التعزيز المتقطع intermittent reinforcement حيث كانت تصاب نصف المحاولات بالصدمة بينها النصف الآخر منها لم تصب بشيء . واستمرت جلسات الإشتراط هذه لمدة ٤ : ٨ أيام بمتوسط قدره خمس ساعات معالجة لكل مريض ، ولكن وجد أن نسبة الانتكاس عالية في مجموعة المدمنين الذين عولجوا بهذا الأسلوب ، ولذلك استخدم ماك

كلوتش MacCulloch وزملاؤه ١٩٦٦ طريقة أخرى حيث عمدوا إلى توفير هرم من المواقف التي تتضمن الكحول منها :

١ ـ زجاجة مغلقة .

٢ ـ زجاجة مفتوحة .

٣ ـ كأس مملوء بالكحول مرسوم على شرائط فوتوغرافية .

وفي أثناء ذلك يسمع المريض جهاز تسجيل يدعوه أن يتناول كأساً . وإستخدمت الصدمات الكهربائية كمثير منفر بطريقة كانت تسمح للمريض بأن يتجنب الصدمة كلية أو أن يتهرب من زيادة شدتها وذلك عن طريق إبطال أو توقيف الصورة . ولكن هذه التجربة لم تؤد إلا إلى شفاء ٢٥ ٪ فقط من مجموع المرضى ، وربما يعالج فشلها عن طريق زيادة عدد محاولات الإشتراط باستخدام مثيرات أكثر واقعية عن مجرد الصور وتقوية الصدمات الكهربائية .

إستخدام مثيرات أكثر إيلاماً تم في دراسة ساندرسوم وزملائه Sandersom حيث استخدم عقار Scoline في علاج الكحولية ويسبب هذا العقار ضيقاً في التنفس لا يتحمله المريض ، وبذلك يرتبط هذا الألم النفسي بمثير كحولي ككأس من الويسكي يؤدي إلى رد فعل نفوري قوي ضد الشرب .

ولكن لا بد لإستمرار الشفاء من توفير بديل لإشباع حاجات المريض التي كان يشبعها عن طريق الشرب ، وذلك حتى لا تحدث النكسات .

وبالنسبة لإستخدام هذا الأسلوب في علاج الجنسية المثلية تمكن سولوم وميلر Solyom and Miller (١٩٦٥) من معالجة ستة من المرضى حيث جلسوا على مقاعد مريحة في غرفة مظلمة ، ثم عرضت عليهم شرائط لصور نساء ورجال عارية ، وكان المرضى يتعرضون لصدمات كهربائية قوية عندما تعرض عليهم صور الرجال العرايا ، وكانت بعض المحاولات تترك بدون تعزيز عملاً بمبدأ التعزيز المتقطع . وقبل عرض صورة الأنثى كان يتعرض المريض للصدمة ، ولكن في هذه المرة كان المريض يستطيع أن يوقف استمرار الصدمة

وإذا أدار زراً لوقف الصدمة ظهرت الصورة بسرعة أمامه ، وبعبارة أخرى فإن هذا الإجراء كان يقدم العقاب لمثيرات الجنسية المثلية ، ويتجنب العقاب عندما يعرض المثير الجنسي الطبيعي ، وذلك بهدف خفض الإهتمام والرغبة في مثيرات الجنسية المثلية وتقليل الحصر الذي يثار من رؤية النساء .

والفكرة الأساسية من هذا النوع من العلاج هي عرض شرائط لصور ذكور وإناث على درجات مختلفة من الجاذبية بحيث يصحب المثير الذكري صدمات كهربائية بينما يرتبط المثير الأنثوي بالراحة من الصدمة أو التخلص منها . ويلاحظ أن هذا الأسلوب من العلاج ، لدواع خلقية ، يعتمد على رموز للذكورة والأنوثة وليس على مثيرات جنسية حقيقية .

ولقد عالج بلاكمور Blakemore (١٩٦٣) وزملاؤه حالة رجل يعاني من إنحراف التشبه الجنسي ، عمره ٣٣ سنة ، كان يستمد اللذة من إرتداء ملابس النساء وهو ما زال في سن الرابعة ، وأصبح ذلك مصحوباً بثورة جنسية في مرحلة المراهقة . ولقد عوق هذا النشاط إلى حد ما خلال أدائه الخدمة العسكرية ، ولكنه حتى خلال هذه الفترة كان يستمني على أساس من تخيله نفسه مرتدياً زي امرأة .

وعندما خرج للحياة المدنية كان ينغمس في مناشط شاذة ، وظهر عنده قهر أو استحواذ compulsion أن يظهر في العلن بملابس نسائية كاملة كالحذاء والشعر المستعار والفستان ، وحتى التزين بالمساحيق ولم يساعده الزواج في شيء ، بل إنه وجد من الصعب التمتع بالحياة الزوجية بدون لبس الملابس النسائية . وخضع للعلاج النفسي لمدة ست سنوات ولم يتم الشفاء .

تم العلاج في حجرة صغيرة مغلقة مقسمة بواسطة ستائر ، وكان يوجد بالحجرة مرآة كبيرة بطول المريض . وفي بداية المحاولة كان المريض يقف عارياً تماماً على قطعة من القماش التي يمكن توصيل الكهرباء من خلالها ، وتعطى له التعليمات بالبدء في لبس ملابسه المفضلة « النسائية » ، وفي هذه الأثناء توجه

صدمة كهربائية إلى قدميه عن طريق حذاء معد لذلك ، أو يسمع صوتاً مزعجاً جداً ، وتعد الصدمة أو الصوت إنذاراً له لكي يبدأ في خلع ملابسه النسائية ، وتستمر الصدمة حتى ينتهي من خلع ملابسه كلية فكان :

اللبس ← ــــ يقود إلى الصدمة .

الخلع ← ــــ إزالة الصدمة .

وكان العلاج مكثفاً جداً ، حيث كان يعطى المريض خمس محاولات بين كل واحدة والأخرى راحة نصف ساعة ، ويستمر العلاج ثماني ساعات في اليوم . واستمر لمدة ستة أيام حتى تم إجراء مائة محاولة . وأدت المعالجة إلى الشفاء النهائي حتى بعد متابعة المريض لمدة ستة شهور ، فلم يظهر أي رغبة في إرتداء ملابس الجنس الآخر . وكذلك تحسنت علاقاته مع زوجته[1] .

إستخدام الإشتراط الإجرائي في العلاج :

يقصد بالإشتراط الإجرائي أو الأدوي operant conditioning . ويسمى أيضاً الإشتراط الآلي instrumental conditioning ، الإشتراط الذي يستهدف تعليم الكائن الحي تكرار الإستجابة التي جلبت له المكافأة والتعزيز في المواقف السابقة وسببت الشعور بالرضا والإشباع أو جنبت الكائن الحي الشعور بالألم . والحالة الآتية توضح للقارىء مضمون هذا الأسلوب ، وهي حالة مريض بالذهان العقلي . في أثناء العلاج الأدوي هذا كان المريض يجلس صامتاً بلا حركة كما كان دائماً طوال مدة إقامته في المستشفى والتي تزيد عن ٢٠ عاماً ولم يكن يبدي أية علامات للإستجابة على الأسئلة التي كانت توجه إليه ، ولم يكن يظهر أية استجابة أيضاً إزاء سلوك المحيطين به بل كان يجلس سلبياً في نفس الموضع الذي يوضع فيه ، وبينما المعالج يقف ويستخرج سيجارة من جيبه إذ بباكو من اللبان يسقط صدفة على الأرض ، وهنا تحركت عيني المريض تجاه مكان وقوع اللبان ، ثم عادتا ثانية إلى وضعهما الأصلي تحملقان إلى الأمام

(١) Beech. H. R., op. cit.

وبذلك حدث نوع ما من الحركة . واستمر المعالج في مقابلة المريض ثلاثة مرات في الأسبوع بقصد زيادة هذا الحد الأدنى من الإستجابة responsiveness . وفي الفترة الأولى من العلاج كان يحمل قطعة من اللبان أمام وجه المريض حتى يبدي أي حركة من عينيه نحوها ، وعندما يتحرك بعينيه نحوها يعطيها المعالج إياه وفي نهاية الأسبوع الثاني كانت عيناي المريض تتحركان مباشرة نحو الحلوى . وفي خلال الأسبوعين الثالث والرابع كان المعالج يطلب مزيداً من الاستجابة قبل أن يعطيه الحلوى ، وبعد ذلك تمكن المريض من تحريك شفتيه وعندئذ كانت تعطى له الحلوى مباشرة . وفي نهاية الأسبوع الثالث تمكن من إحداث استجابتي العين والشفاه معاً . وهنا بدأ المعالج محاولة إظهار استجابة أخرى في التلفظ أو الالفاظ vocatlization حيث نجح المريض أولاً في التلفظ الغامض فحاول المعالج مساعدة المريض على توضيح ألفاظه ، وأن ينطق كلمة لبان gum وفي نهاية الأسبوع السادس نطق المريض فجأة : لبان من فضلك . وأصبح مستعداً للإجابة على أسئلة بسيطة ، وبعدها أصبح قادراً على أن يواجه هو نفسه بعض الأمثلة البسيطة كأن يطلب شخصاً يلعب معه « بنج بنج » بقوله «بنج بنج » .

يروي لنا هذه الجلسة إسحق Isacs (١٩٦٠) وزملاؤه لتوضيح الاشتراط الأدوي ، ذلك الذي نتمكن فيه من السيطرة أو التحكم في السلوك عن طريق تدابير متعمدة ومنظمة للنتائج أو المترتبات consequences . في هذه الحالة كان هناك تعزيز إيجابي أو مكافأة إيجابية هي التي تحدد مقدماً نتائج السلوك أي حركة العين والشفاه أو الألفاظ ، ويمكن تكوين أنماط أكثر تعقيداً من السلوك أو تشكيلها من هذه البداية المبسطة . وفي هذا النوع من الاشتراط الذي ابتكره سكنر ننتظر حتى يظهر السلوك المرغوب فنقدم المكافأة ، وعن طريق المكافأة نقوي هذا السلوك ونزيد من تكرار حدوثه .

لقد تمكن المريض من الاستجابة بعد ١٨ جلسة . وجوهر الاشتراط الأدوي هو أن نتائج الفعل أي التي نتبعه هي التي تؤثر في مستقبل هذا الفعل ومستقبل تكراره أو حدوثه The consequences which follow a particular

piece of behaviour influence the future occurrence of that behaviour[1] وتؤيد الملاحظة هذه القضية حيث يميل السلوك المعزز إلى السلوك المعاقب عليه حسب آداء هذا العقاب . والغالب أن العقاب إذا كان يؤدي إلى ازالة الألم ، فإن السلوك المعاقب عليه يتقوى لأن الهروب من العقاب هو النتيجة . وإذا كان السلوك يقود إلى العقاب بطريقة مباشرة فإننا نتوقع أن يضعف هذا السلوك هذا الدور المزدوج للعقاب يتضح من علاج حالة تلعثم وضبطها حيث طلب المعالج من المريض أن يقرأ بصوت مرتفع لمدة ٩٠ دقيقة استخدمت الثلاثون دقيقة الأولى منها لتسجيل عدة مرات حدوث التلعثم ، وفي خلال الثلاثين دقيقة الثانية قدم نوع من المثير المنفر (ضوضاء غير سارة تأتي مباشرة بعد كل انسداد في قراءة المريض في النطق) وفي الثلاثين دقيقة الأخيرة ثم تسجيل الصعوبات لفحص أثر العقاب في هذه القراءة . وكانت النتيجة واضحة في انخفاض التلعثم خلال فترة العقاب ، بل وانتقل هذا التحسن للقراءة حتى في الفترة الأخيرة التي لم يكن فيها عقاب ، ولكن لم يستمر هذا التحسن طويلاً بسبب قصر مدة العلاج هذه . ويستخدم في العلاج السلوكي ما يسمى بالاشتراط اللفظي verbal conditioning ويشبه هذا ما يقوم به البائع مع المشتري حيث يحاول البائع أن يحصل منه على اجابه « بالإيجاب » على اسئلته الخاصة (نعم) وهي أسئلة سهلة منها : أنك تريد موديلاً جيداً ؟ أليس كذلك ؟ إنني أتوقع أنك تعرف النوع الذي تريده ؟ وبعد التأكد من هذه الاجابات يسعى إلى مزيد من الأجوبة ذات الأهمية الأكثر .

في الاشتراط اللفظي يقول المريض بعض الألفاظ ، فيقدم له المعالج بعض المكافآت . وهذا يشجع حدوث مزيد من هذه الاستجابات المرغوبة ، ولكن ما هي المكافآت في هذه الحالة ؟

إنها تتركز فيما يعرف باسم التعزيز الاجتماعي social reinforcement

---

(١) Beech, H. R., op. cit., p. 181.

كلمات مثل : حسنا ، جيد ، جميل ، ممتاز ، أو ابتسامة وغير ذلك من علامات الموافقة ، الدافئة . إننا نسعى جميعاً للتمتع بالموافقة أو القبول الاجتماعي social approval والمناشط التي تقود إلى الحصول على مثل هذا يزداد تكرارها فالبول يؤدي إلى تقوية النشاط الذي قاد إليه بل ويؤدي إلى تقوية طائفة من المناشط المتصلة به . .

ويذهب البعض إلى القول بأن مثل هذه العلامات الدالة على القول قد تشجع حتى الشخص الفصامي المنسحب الذي يتسم بعدم الإستجابة للمثيرات الاجتماعية .

وفي علاج التلعثم ذهب البعض إلى إعتباره عادة تكونت عن طريق الاشتراط الأدوي حدثت في الماضي ، ولذلك يمكن تعديله بطريق مماثل لأن تكرار الكلمات ظاهرة سائدة في الطفولة . فالطفل أحياناً يظل يكرر نفس السؤال للأبوين حتى يحصل على اجابته ، وتعد الاجابة هنا مكافأة للطفل ، ولكن الاجابة ارتبطت بالتكرار ، وبذلك يمارس الطفل هذا الأسلوب لأنه وجده مجزياً .

ولقد استخدم الاشتراط الأدوي اللفظي مع مرضى الفصام عن طريق توفير المكافآت الاجتماعية من الابتسامات والإيماءات عندما يبدي المريض إستجابات عادية أو شائعة أو مقبولة ، أو يعمل إرتباطات مقبولة مع عبارات المعالج كأن يكافأ وتحجب هذه المكافآت عندما ينطق المريض بعبارات غير مألوفة أو شاذة . وكانت النتائج مشجعة في تكوين إرتباطات إيجابية بدلا من الارتباطات السلبية . ويستخدم هذا المنهج مع الأطفال الذين يظهرون صعوبات في الاتصال أو صعوبات لغوية . يستخدم التدريب الأدوي لعلاج بعض المشكلات الصعبة كتلك الحالة التي يرويها نيل Neal (١٩٦٣) لطفل في سن التاسعة من عمره كان يعاني من صعوبات في عملية الاخراج ، وخضع لمدة طويلة للعلاج داخل وخارج المستشفى ، ولكن

العلاج فشل تماما في إيقافه عن أن يلوث نفسه أو أن يعدل من سلوكه العدواني ، وهنا خضع للتدريب الأدوي بحيث كان يصطحب إلى المرحاض أربعة مرات يومياً في أوقات محدودة . وكلما نجح كان المعالج يمتدحه ، ويقدم له قطعة من الحلوى ، كما كان يسجل في كتاب خاص هذا « الإنتصار » أمام الطفل . وإذا فشل الطفل في قضاء حاجته بعد قضاء فترة في المرحاض أمر بالخروج وعدم استمرار الجهد ، وإذا لوث نفسه فلم يكن ينال العقاب ولا المكافأة وإنما كان يعطى ملابس نظيفة جديدة لكي يلبسها . وبمرور الوقت أمكن تقليل عدد مرات زيارة المرحاض والاعتماد على تقدير الطفل الذاتي وإستمرار تعزيز الزيارات الناجحة . واستمر العلاج لمدة ثلاثة شهور تم تحسن الطفل بعدها .

ويستخدم الإشتراط الأدوي مع العقاب لتعديل السلوك أو للشفاء من بعض العادات السيئة ، والحالة الآتية لطفل في سن ثلاثة سنوات ونصف يعاني من ثورات غضب وتهيج مما يؤذي نفسه ، وكان يرفض أن ينام ما لم يجلس أحد أبويه بالقرب من فراشه ، ولم يكن طعامه طبيعياً ، كما أن إتصالاته الإجتماعية ونشاطه العقلي كانا على درجة كبيرة من الضعف . وكان بصره ضعيفاً لدرجة أنه كان عليه أن يلبس نظارة وإلا أصبح جزئياً أعمى ، وكان يرفض تنفيذ ذلك مما جعل الأطباء يقرون إدخاله المستشفى ، وكان العقاب الذي يناله على ثورات غضبه أن يدخل حجرته ويغلق عليه الباب . وتكرر غلق الباب كلما تكرر هياجه ، أما السلوك الطيب فكان يقود إلى إطلاق سراحه وهكذا .

تقود إلى

ثورات غضب ←———— العقاب كنتيجة

السلوك الطيب ←———— مكافأة إجتماعية واتصال بالآخرين .

وبعد مضي أربعة شهور على هذا العلاج لم يبد أي تحسن وإنما ربما يرجع ذلك إلى أن اجراء « القلق » كان يتم بطريقة تعاطفية زائدة مع المريض لدرجة

أن سلوكه هذا كان ينال الثواب وليس العقاب وعندما استخدم أسلوب أكثر صرامة ، تم نوع من التحسن واختفى سلوك إيذاء الذات كلية . ولكن هذا العلاج يبدو بسيطاً لدرجة أنه لا يختلف عما يراه الفهم العام لدى العامة ، وكثيراً ما يشكو الآباء من أنهم إستخدموا كل من الثواب والعقاب دون جدوى . والواقع أنهم لا يستخدمون الثواب أو العقاب لمدة كافية من الزمن ولا بطريقة منتظمة . كذلك فإن تحديد السلوك ، وكذلك نوع المكافأة والعقاب يحتاج إلى دقة ودراسة دقيقة . كذلك فإن الآباء مشغولون بأمور أخرى كثيرة ، وقد يتأثرون بانتقادات الأصدقاء والجيران إذا ما أقدموا على حبس الطفل لمدد طويلة بمفرده . كذلك وفي الغالب ما يختلف الأب والأم نحو أسلوب العقاب والثواب .

ويقصد بالتعزيز الإيجابي موقف تؤدي المكافأة فيه تلك التي تتبع جزءاً معيناً من السلوك إلى إحتمال حدوثه أو تكراره في المستقبل . أما التعزيز السلبي فربما يتضمن شيئين : عندما يتبع السلوك بعض الأحداث المؤذية (العقاب) يضعف هذا السلوك أي يتكرر أقل في المستقبل أو ربما يتقوى ويتدعم عن طريق تجنب بعض المثيرات الضارة أو المؤذية (الهروب والتجنب) . إن العقاب والهروب والتجنب متصلة إتصالاً وثيقاً وتمثل الآثار السلوكية التي تنتج من الإشتراط النفوري أو الاشمئزازي .

في الإشتراط الأدوي لا بد أن يأتي الكائن بالسلوك المطلوب قبل أن ينال المكافأة . فالسلوك هو وسيلة الكائن أو آداته في الحصول على المكافأة أو في تجنب العقاب . ويعد كل من الإشتراط الكلاسيكي والأدوي نوعاً من التعلم وكلاهما يستخدم في العلاج[١] .

وفي حالة وجود أكثر من إضطراب لدى المريض يفضل أن يتم علاج كل واحد منها على حدة . وتوضح طريقة علاج حالات شلل الكتابة أو الطباعة على

(١) Beech, H. R., op. cit.

الآلة الكاتبة العلاج المعتمد على العقاب وحده .

فلعلاج الرعشة tremor أعدت لوحة معدنية بها عدة ثقوب ذات أقطار مختلفة ، وطلب من المريض أن يدخل قلما (Stylus) مبتدءاً بأكبر هذه الثقوب حجما . وكانت أي هزة في حركة المريض تؤدي إلى توصيل القلم المعدني بحد اللوحة المعدنية ، وبهذا تكتمل الدائرة الكهربائية ويؤدي ذلك إلى تعريض يد المريض التي لا تكتب لصدمة كهربائية . أي أن الصدمات تصاحب الإستجابات غير الملائمة أي الارتجاف ، بينما الاستجابة المستقيمة والضبط الكامل للقلم سوف يؤدي إلى تجنب الصدمة . وعندما يتقن المريض التدريب مع الثقب الكبير ينتقل إلى التدريب مع الثقب الأصغر منه حجما وبالمثل أمكن علاج التشنج في الأصابع الذي يعوق حركة الكتابة بحيث يكتب المريض بين خطين مستقيمين على لوحة معدنية وأي إنزلاق عن الممر الأساسي المخصص للكتابة فإن المريض يتعرض لصدمة كهربائية على الفور[1] .

---

(١) Beech, H. R., op. cit.

الفصل التاسع

أساليب العلاج الجماعي

العلاج الجماعي :

لقد حظي منهج العلاج الجماعي في خلال الحرب العالمية الثانية بأهمية كبيرة حيث كانت تتاح الفرصة لعلاج الفرد من خلال الجماعة ، وكانت ظروف الحرب تؤدي إلى وجود عدد كبير من المرضى ، ولم يكن هناك عدد كاف من الأطباء .

فلقد وجد من المفيد استخدام هذا المنهج مع كثير من الحالات المدنية . ويعتبر الآن العلاج الجماعي من أهم المناهج العلاجية الحاضرة التي تستثير الحقيقة الاجتماعية ، وما يوجد في الجماعة من الأخذ والعطاء بصورة تشبه الواقع .

ولذلك فقد أثبت هذا المنهج أهميته الكبرى في عملية التطبع الإجتماعي ، وفي تعريف المريض بأن للآخرين مشاكل تشبه مشاكله ، وأن يصبح عضواً في جماعة ، وأن يتوحد معهم ، وأن يجد التعضيد والمساعدة في حل مشاكله ، وأن ينمي أساليبه في إقامة العلاقات الشخصية ، وأن يتخلص من مشاعر العزلة[١] .

(١) Coleman, J. C., op. cit., p. 559.

وهناك أنواع متعددة من العلاج الجماعي ، من ذلك العلاج عن طريق اللعب أو علاج الإطلاق أو التحرير للانفعالات ، وخاصة مع الأطفال ، ويتضمن معارض لعب الأطفال المتحركة puppet shows والرسم بالإصبع finger painting ، وأنشطة إبداعية مشابهة ، تساعد الأطفال في التحرر الإنفعالي ، وإعادة التعلم الإنفعالي . والعلاج الجماعي التعليمي didactic group therapy ويتضمن محاضرات رسمية ، ومناقشات يلقيها المعالج النفسي أو الطبيب العقلي في موقف الفصل المدرسي . ولكن تبين أن هذا المنهج قليل التأثير ولا يستخدم كثيراً في أيامنا هذه إلا مع جماعات خاصة من المرضى . فمرضى السل مثلاً tuberculosis يستفيدون من مثل هذه المناقشة الرسمية العقلية حول الطبيعة العضوية لمرضهم .

أما العلاج الجماعي بالمقابلة فيتضمن مناقشات يشترك فيها كل أعضاء الجماعة . وفي خلال هذا العلاج يمكن أن يستخدم الطبيب أي من المهارات التي تستخدم في العلاج الفردي ، كالإنعكاس reflection ، أو التفسير ، ومعالجة التحويل ، أو العلاج غير التوجيهي أو التوجيهي . إنما غالبية الأطباء أو المحللين ينتهجون منهجاً إنتقائياً توفيقياً eclectic بحيث يختارون أكثر المناهج مناسبة وراحة لجماعة المرضى . وقد يكون العلاج قصيراً أو طويلاً ، عميقاً أو سطحياً .

ويتراوح متوسط دوام العلاج الجماعي بالمقابلة من ٥ ـ ١٢ شهراً .

ولقد تغيرت نظرة العلماء إلى منهج العلاج الجماعي ، فقبل ثلاثين عاما مضت كان ينظر إليه على أنه يفتقر إلى الأساس العلمي ، وأنه قليل أو عديم الفائدة . وكانت محاولات الإفادة من العلاج تلقى كثيراً من المقاومة من العاملين في المستشفيات والعيادات النفسية . وكان يعتقد أن العلاج الجماعي أقل كفاءة وفاعلية عن العلاج الفردي ، وأنه منهج سطحي ، ونسي النقاد أن ما هو ملائم لمريض معين قد يكون غير ملائم لمريض آخر . كما كان يعتقد أن وجود المريض

مع غيره من المرضى ربما يتدخل ويعرقل ويتصارع مع قيام علاقة مكثفة بين المعالج والمريض ، أو يعوق عملية التحويل نحو المعالج ، إن وجود الآخرين قد يقمع التعبير الحر أو يجعل المريض يعبر عن أعراض غيره من المرضى .

ولكن ازدادت الحاجة إلى علاج أعداد كبيرة من المرضى في المستشفيات العامة والخاصة ، وفي الجيش ، وفي العيادات والمؤسسات ومراكز إرشاد الطفل ، كما تغيرت نظرة المجتمع لدور المستشفيات فلم يعد دورها حجز المرضى وحبسهم بعيداً عن المجتمع ، وإنما أصبح وظيفتها العلاج . وفي الوقت الذي ازداد فيه عدد المرضى لم يزد عدد المعالجين النفسيين بنفس القدر . ولذلك وجد المسئولون عن الصحة العقلية في الجيش وغيره أن العلاج الجماعي هو السبيل(١) ، ولكن قبل الحرب العالمية الثانية كان هناك بعض العلماء الذين يرون أهمية لمنهج العلاج الجماعي ، وأن له آثاراً لا يمكن الحصول عليها من العلاج الفردي .

أما الآن فإن هناك اهتماماً بالغاً بالعلاج الجماعي سواء من حيث البحث العلمي التجريبي أو التطبيق والممارسة العملية . ويعكس هذا الاهتمام صدور كثير من الكتب والمقالات ، وعقد المؤتمرات الدولية وتطبيقه في المستشفيات والعيادات والمؤسسات ومراكز التوجيه وفي المدارس وغير ذلك من أماكن التجمعات البشرية . كانت أول محاولة للقيام بالعلاج النفسي الجماعي هي تلك المحاولة التي قام بها جوزيف برات Bratt (١٩٠٥) على مرضى السل الرئوي . ومن التطبيقات الأولى لهذا المنهج على مرضى العصاب محاولة مارش March (١٩٠٩) ، وفي سنة (١٩١١) إبتدع مورينو منهج الدراما النفسية وهي شكل من أشكال العلاج الجماعي . وبعد الحرب العالمية الأولى مباشرة بدأ لازل Lazel بإجراء التجارب الجماعية على مرضى الفصام في واشنطن ، ثم تابع دراسته على المحاربين القدماء . وازدهر العلاج النفسي الجماعي المصطبغ

(١) Luchins, A. S., Group Therapy, A Guide, Random House, N.Y., 1946.

بالصبغة التحليلية في أواخر الثلاثينات من هذا القرن .

مجالات العلاج الجماعي :

فالعلاج الجماعي يطبق في المستشفيات العقلية والنفسية والعنابر وفي العيادات الخارجية اليومية وفي الملاجىء وفي العيادات الخاصة ومؤسسات ومدارس ضعاف العقول . كما يستخدم في المستشفيات غير العقلية كعامل مساعد للعلاج الطبي[1] ، ويستخدم في القوات المسلحة ليس فقط في المستشفيات ، ولكن أيضاً من أجل التوجيه ورفع الروح المعنوية morale ، ومن أجل تدريب الضباط . وبالمثل تستخدمه الصناعة لرفع الكفاية الإنتاجية للعمال ، ورفع الروح المعنوية للعمال والملاحظين والموظفين ، ولتدريب المرشدين والعاملين بالمؤسسات الصناعية وبالمثل تستخدمه المؤسسات الإصلاحية correctionol institutions مع النزلاء والحراس معا . وفي المؤسسات التربوية يستخدم لأغراض التوجيه التربوي Educational guidance والتوجيه المهني vocational guidance ولمعالجة المشاكل السلوكية لدى الطلاب كالجنوح ، ولإقامة علاقة إيجابية بين المنزل والمدرسة ، وللتعليم العلاجي كالقراءة والكتابة والكلام redemial education . كذلك يستخدم العلاج الجماعي للإرشاد في الزواج ولارشاد الأطفال .

ويفيد العلاج الجماعي في شفاء جماعات معينة من المرضى من ذوي المشكلات الخاصة مثل :

أ ـ المرضى العقليون السابقون .
ب ـ مدمنو المخدرات .
جـ ـ مدمنو الخمور .
د ـ مرضى السمنة .
هـ ـ أرباب الشذوذ الجنسي .

---

(١) Luchins, A.S., Group Therapy, A Guide.

و ـ المجرمون والجانحون .
ز ـ المراهقون .
س ـ الشيوخ والكبار .
ص ـ الأرامل والمطلقات .

ومن النظر إلى هذه المجالات الواسعة يمكن تحديد معنى العلاج الجماعي بأنه عبارة عن علاج يعطى للجماعة[1] therapy given in a group ولكن واضح أن هذا تعريفاً واسعاً وغير محدد ولا يكشف عما يجري بالضبط داخل هذه الجماعات . ولكن كان إلى وقت قريب لا يوجد اتفاق بين المشتغلين بالعلاج الجماعي فيما يطبقونه من مناهج في علاج جماعاتهم . وهناك فروق بينهم في نظرتهم إلى كل من الأمور الآتية :

أ ـ حجم الجماعة (عدد أفرادها) .
ب ـ دور القائد في الجماعة (المعالج) .
جـ ـ المؤهلات المطلوبة للمعالج .
د ـ مدة دوام المعالجة .
هـ ـ طرق إختيار المرضى وأسس هذا الاختيار .

ولذلك يواجه تحديد مفهوم هذا المنهج بكثير من الغموض والاضطراب ذلك لأنه يشير في وقت واحد إلى الأمور الآتية :

أ ـ الطرق والعمليات التي يقوم بها الغير من أجل خلق تغييرات في المريض أو في جماعة المرضى .

ب ـ عمليات تحدث في داخل المريض ذاته أثناء المعالجة .

جـ ـ نتائج مثل هذه العمليات أو آثارها .

---

(١) Luchins, A, S., op. cit.

تكوين الجماعة العلاجية :

هناك عدة طرق لاختيار المرضى لتكوين جماعة علاجيه معينة ، وتتراوح هذه الطرق ما بين التقويم التشخيصي الدقيق إلى مجرد تكوين جماعة من المرضى الذين يعيشون في عنبر واحد مباشرة . ولكن على وجه العموم هناك محكين يتخذان لتحديد أعضاء الجماعة العلاجية :

١ ـ أن المريض يجب أن توجد لديه رغبة واضحة في أن يصبح عضوا في جماعة ، وأن يسعى ويعمل من أجل أن يتحسن .

٢ ـ يجب أن يتم إختيار المرضى بحيث يتجنب أن تكون الجماعة متجانسة جداً أو غير متجانسة جداً ، فلا ينبغي أن يختلف أفراد الجماعة في عوامل مثل السن والذكاء وحدة المرض بحيث لا يكونون منفصلين عن بعضهم البعض ولقد دلت التجربة على عدم جدوى خلط مرضى الذهان الحاد مع مرضى العصاب . وعلى ذلك لا ينبغي انضمام المريض لأي جماعة اذا كان يوجد هناك من العوامل ما يجعله ينعزل عن تلك الجماعة . ولقد وجد أنه من الخير أيضاً ألا نختار المرضى المتجانسين جداً لأن مثل هؤلاء لا يمتلكون الخبرة الناضجة في محيط اجتماعي واسع ولا يستطيعون المناقشة أو التفاعل الجماعي .

بالنسبة للترتيبات الفيزيقية ، على الرغم من أن العلاج الجماعي يمكن إجراؤه مباشرة في العنبر الذي يوجد فيه المرضى دون عمل ترتيبات فيزيقية خاصة إلا أنه في الغالب ما يتم في حجرة مستقلة ، ويفضل أن تكون حجرة صغيرة ومريحة وهادئة وبالطبع يمكن ممارسة العلاج الجماعي مع مرضى العيادات الخارجية في داخل المستشفى ، وفي عيادات العلاج الخاص . وفي الغالب ما تستمر الجلسة ساعة ونصف ، وتعقد من مرة إلى ثلاث مرات في الأسبوع .

وبالطبع هناك إختلافات ، فقد تفضل جماعة الإجتماع لمدة ساعة واحدة على حين يوجد جماعات أخرى تفضل الاجتماع لمدة ساعتين . وأفضل الأوضاع

وأكثرها فاعلية أن يجلس الأفراد في نصف دائرة ، حيث يجلس المرضى حول مائدة كبيرة . وعلى الرغم من أن حجم هذه الجماعات قد يختلف إختلافاً كبيراً فإن غالبية هذه الجماعات يتراوح عددها ما بين ٦ : ٨ أعضاء في كل جلسة .

وهنا قد نتساءل عن وظيفة المحلل في العلاج الجماعي ؟

من الأعمال الرئيسية للمحلل النفسي ما يلي :

١ ـ توفير جو علاجي ، ولذلك يقوم بتكوين الجماعة ويوضح أهدافها وحدودها ويهيء جواً من التسامح والسماح والقبول .

٢ ـ تنمية روح الوحدة بحيث تصبح الجماعة بؤرية ونقطة ثابتة في الموقف العلاجي بحيث يتوحد أو يتقمص كل فرد معها .

٣ ـ يشجع ويوجه التفاعل الجماعي بحيث يسير في قنوات العلاج المطلوبة .

٤ ـ يسجل ويقوم كلا من الإجراءات والنتائج ، ويتضمن ذلك بعض السجلات المنظمة لجلسات المقابلة الجماعية تلك السجلات التي تصلح للتقويم الإكلينيكي .

في بعض الأحيان ربما يشترك شخص آخر مع المحلل أو ربما يستخدم شخص آخر لتسجيل الجلسة ، وقد يشترك أحياناً في المناقشة ، ولكن في الأعم والأغلب يسجل فقط تفاعل الجماعة ويلخص للجماعة ما تم عمله . وحيث يمكن أن يكون المسجل من الجنس المخالف للمحلل يتكون جو شبيه بالجو العائلي والاستشارات العائلية التي يشترك فيها الأب والأم والأولاد . ومن الأهمية بمكان أن يتعاون المحلل والمسجل ، وأن يتم عملهما كفريق مشترك .

ومن الجدير بالأهمية ملاحظة تفاعل الجماعة حيث يتم تبادل العدوان والخوف والطرد والنبذ والدفء وغير ذلك من مظاهر سلوك الجماعة . وقد يتم هذا التفاعل على مستوى سطحي جداً أو على مستوى متعمق . وفي الجماعات

الناجحة يجد الأعضاء أن العضوية شيء شيق ومرض ويتطلعون بشغف إلى جلساتها . وقد يأتي المرضى في أوقات مبكرة قبل بداية الجلسة .

التفاعل داخل الجماعة :

أما عن مجرى العمليات والتفاعل في العلاج الجماعي فإن ذلك يشبه ما يحدث في العلاج الفردي حيث يبدأ بالتعبير عن العداوة والمشاعر السلبية ثم يصل إلى الوعي أو الإستبصار الإنفعالي ثم إلى السلوك الإيجابي والنمو . ولنقل صورة حية وواقعية لما يدور في جلسات العلاج الجماعي نسوق للقارىء تفاصيل ما دار في جلسة حضرها ستة من مرضى الذهان في إحدى المستشفيات العقلية وهي الجلسة الثالثة :

بل : « إنها لضوضاء وهنا بالتأكيد » أتمنى أن يكملوا الإصلاحات في هذا المبنى ، أقول أنك لا تبدو سعيداً جداً اليوم يا جون ، ما الذي حدث لك ؟

جون : إنني مجنون من شخص ما ، ولكنني أصبح مدانا إذا تكلمت عن المسألة .

المعالج : إنك غاضب جداً ولكنك لا تشعر أن تناقشها مع الجماعة .

جون : ربما ينبغي ذلك ، هناك شاب ما يصنع لي جزداناً للنقود لأمي (كيساً للنقود) لقد تفاخر لي عن صناعته للجزدان ، وأنا انخدعت بذلك ، وأعطيته خمسة دولارات لصنع واحد لأمي . ولم يصنع الجزدان ، ولم يرد إلي الخمسة دولارات ، إنه يستغفلني ، ماذا ينبغي أن أفعل معه ؟

بل : أحسم الخلاف ، اعمل مكاشفة ، إنك لن تعمل أي شيء خطأ لماذا تعاني أنت ؟

كلارينس :إذهب إلى الممرضة ، إن لها تأثيراً قوياً ، أو ربما طبيب العنبر يساعدك .

بل : هذا ليس حلا للمشكلة بالنسبة لي .

تشارلز : إن طبيب العنبر لا يستطيع أن يساعدك ، إنه أكثر جنوناً عني . لقد أخذها نيابة عني (ثم يتمتم متعجباً حول الأطباء الذين برهنوا أنهم لا يستحقون أن يكونوا أطباء) .

جون : إن مجرد التفكير فيها يجعلني أجن .

بل : حاول أن تساعد نفسك . لا تدع نفسك تحزن . إفعل شيئاً ما نحوها .

جون : إنك لعلى حق ، إنني ذاهب لكي أفعل شيئاً ما نحوها الآن مباشرة إنني أعتذر لمدة ١٥ دقيقة (يمشي إلى الخارج) .

جون : (يعود لدخول الحجرة عصبياً جداً) إنني سآخذ جزداني بعد ظهر اليوم إنه لم يكتمل ولكنني سآخذه ثانية .

بل : ما الذي حدث ؟ هل تسمح أن تخبرنا عنها .

جون : نعم ، سوف ، لقد سألته لماذا لم ينته من صنع الجزدان ، قال إنني قد خدعت الممرضة وأخذت الجلد الذي أعطيته إياه ليصنع منه الجزدان . أخبرته أن هذا ليس من شأنه . إنه لا يريد أن يكمله على أساس هذا الحساب . أخبرته أنني أريد الجزدان ثانية سواء منتهياً أو غير منتهي وقال هو إنه فعلاً قد وضع فيه كمية من العمل تفوق الـ ٥ دولارات .

أخبرته انني سوف أرى إذا كنت أعتقد أن به ما يساوي خمسة دولارات عمل أم لا . يا للجحيم ، إنه لم يفعل فيه أي شيء إن هذا يحرقني حرقاً .

المعالج : أنت تشعر أنه أخذ ميزة منك ، وأنك تشعر بالأذى والغضب .

جون : نعم إنها بالتأكيد تجعلني مجنوناً ، إنني كنت أبحث عن عذر لكي أضربه ، لقد كنت أشتق رضاء أكثر من ضرب رأسه ، ولا شك حول ذلك . إنها تجعلني مجنوناً ، إنني مريض ، إنها تجعل ضغط دمي مرتفعاً ، هل أستطيع أن آخذه إلى الطبيب ؟ وأن يجعله يشرح للطبيب ؟ دعني أعود إلى الوراء قليلاً وأشرح . هذا الشاب كان عنده إجازة للخروج من المستشفى ، ولم يكن معه نقود وذهبت أنا إلى الصراف وسحبت بعض النقود . والآن مجرد الفكرة بأن هذا الشاب « يضحك علي » تجعلني مجنوناً جداً إنني أستطيع . . .

تشارلز : لماذا لا تذهب إليه وتخبره أن يدفع لك الخمسة دولارات أو أنك سوف تذهب إلى الطبيب .

بل : نعم ربما كان ذلك إنها فكرة جيدة .

تشارلز : لقد جعلني الأطباء مجنوناً لقد قفزوا من فوقي . لقد حاولوا أن يحصلوا على نقودي . إنهم يسجلونني من أجل نقودي (في صوت متقطع وفي عدم تماسك يتمتم تمتمة غير مسموعة كأنه ينصح الأطباء أن يسلموا أنفسهم لمكاتب الحكومة) .

جون : إنني لا أستطيع أن أنام حتى أقرر مـاذا يمكن عمله ، إنني ذاهب للحصول على هذا الشاب . ربما أنتظر حتى ليلة مظلمة ، إنني أفكر في كل لحظة للمشي أو السير .

بل : حاول أن تذهب إلى الدكتور بول وإذا لم يفلح ذلك أعطه ضربة قاضية .

جون : إنها تسبب لي عدم الراحة ، وإنني ألوم الناس الآخرين عليها .

ماك : إنها ليست حقيقة تلك الدولارات الخمسة التي تهم ، إن المهم ما

تعنيه هذه الحادثة بالنسبة لك .

جون : هذا هو فعلاً ، لا يستطيع أن يخدعني بهذه الطريقة ويفر بها .

المعالج : إنك تشعر بالعار لأنك وثقت في هذا الشخص وهو خدعك .

جون : إنني أشعر أنني أطول منه بوصتين .

ماك : إنني أعرف ماذا أشعر في المواقف المتشابهة ، إنني أشعر بالحرج ، وأشعر بالإحباط ـ إن الأشياء التي لا أفعلها أرى الناس الآخرين يفعلونها دون الشعور بالعار ، إنني أستمر في عمل الصواب وأنهم يفلتون أو يفرون بعمل الخطأ .

جون : إنني لا أستطيع أن أترك هذا الشخص يفر بذلك ، إنها تشبه الوضع عندما أقرض شاباً ما ٢٥٠ دولاراً ويرفض هو أن يردها ثم آخذها أنا من نفسي .

المعالج : إنها كما لو كانت القشة الأخيرة ضمن كثير من الأشياء التي حدثت لك .

جون : نعم ، أنا أريد أن أكون ذاتي المبتهجة بدلاً من أن أعض في الناس إنني أشعر أنني كنت سهلاً جداً مع الناس ، إنني لا أستطيع أن أتحمل هذه الأشياء إلى أبعد من ذلك إن هذا هو السبب ، إنني لم أستطع أن أفلح في هذا العالم ، لقد تقبلتها واختزنتها في داخل نفسي .

المعالج : أليست هذه خطوة إلى الأمام نحو إخبارك لنا عن كيفية شعورك ؟

جون :(مهملاً تعليق المعالج) إنني أتكلم طوال الليل حتى في منامي .

ماك : إنها تبدو كما لو كانت تتراكم وتتراكم فوق بعضها ، أليس كذلك ؟

جون : لقد إختزنت كل هذه الأشياء . إنني أضعها كلها عليه إنني سوف

أحل كل ذلك . ولذلك ساعدوني . إنني أنوي عمل ثائري وسوف أضرب هذا الشاب حتى يصبح من غير الممكن التعرف عليه . إنني سأعملها .

المعالج : إننا جميعاً نفهم مشاعرك . إنك غاضب لدرجة أنك لا تستطيع أن تعبر عنها بالكلمات .

ماك : إنني أكره ذلك الشاب الذي جعلك تشعر بالطريقة التي تشعر بها الآن .

بل : إنني مجنون لأنك لا تعرف كيف تعالج الموقف . إن الشيء الذي تعمله هو أن تهدأ ، وأن تفكر في حل .

جون : إنني لا أستطيع أن أتركها تمر .

بل : إهدأ واعمل حلا .

جون : نعم ، إنك لعلى حق ، إن الجنون لن يعمل أي فائدة الشيء الذي ينبغي عمله هو إيجاد حل لمثل هذه المشاكل(١) (تستمر الجلسة) .

وإلى جانب ذلك فإن المريض يجب أن يستفيد من كل مظاهر الحياة الإجتماعية داخل المستشفى فيشترك المريض في البرامج الإجتماعية في المستشفى ، ويستخدم المكتبة ، وأن يزور دار العبادة ، ويتلقى التأييد الروحي من رجال الدين بها ويتعلم مهنة من خلال مشاركته في برامج العلاج عن طريق العمل occupational therapy كتجليد الكتب أو الحياكة أو التطريز أو صناعة اللعب أو الحلويات .

ومن التأمل في الحوار الذي دار في هذه الجلسة يتضح أن تشارلز وحده هو الذي لم يستفد من التفاعل بين هذه الجماعة . ولكن بعد مرور فترة من الزمن

---

(١) Coleman, J. C., op. cit., p. 562.

أحرز تقدماً وتكيفا . وعلى الرغم من أن هذه المجموعة كانت ذهانية فقد تحسنت بحيث خرجت من المستشفى فيما عدا تشارلز .

الأشكال المختلفة للعلاج الجماعي :

هناك أسس كثيرة يمكن إتخاذها لتصنيف الأساليب المختلفة المستخدمة في العلاج الجماعي ، فيمكن تقسيمها على أساس أنها إما أن تكون « تحليلية » في طبيعتها أو أنها « كبتية إيجابية » repressive inspirational وهو الاصطلاح الذي يطلق على الإتجاهات غير التحليلية . كذلك يمكن إستخدام أساس اللغة أو غير اللغة فتقسم إلى :

أ ـ علاج جماعي لغوي verbal .

ب ـ علاج جماعي غير لغوي ، ويشمل القسم الغير لغوي nonverbal العملي أو الآداتي أو الفعلي (performance actional) ـ

أ ـ سطحية superficial .

ب ـ عميقة deep .

ولقد قسم كورسيني Carsini العلاج الجماعي على أساس من ثلاثة أبعاد هي :

أ ـ التوجيه direction (توجيهي وغير توجيهي) .

ب ـ الأسلوب style (لفظي أو عملي فعلي) .

جـ ـ العمق depth (سطحي وعميق) .

ولقد اقترح هو وروزنبرج Rosenberg أساساً آخر أو بعداً آخر وهو مدى احتواء العلاج على أساس عقلي أو إنفعالي أو أساس عملي فعلي .

ولكن هذه التقسيمات مفيدة فيما يتعلق بالتفسير والأساس النظري للعلاج الجماعي كعلم ، ولكن الذي يهمنا في هذا المؤلف هو إبراز الجوانب الشخصية concrete لما يحدث في أثناء العلاج .

ولذلك نتناول كل أسلوب من أساليب العلاج الجماعي بالعرض والتحليل :

العلاج الموجه بالمحاضرة :

في هذا الأسلوب يقدم المعالج ، بصورة رسمية أو غير رسمية ، سلسلة من المحاضرات الطويلة أو القصيرة . فقد يستخدم الحكايات والنوادر والقصص الفكاهية أو الجادة ، أو يأخذ موقفاً من مواقف الحياة العادية ، أو تاريخ حياة المرضى في المجموعة أو غيرهم من المرضى ، أو يتناول أحداثاً في المنظر الإجتماعي ، أو أي مادة نفسية أو اجتماعية أو إكلينيكية أو مادة تاريخية أو أدبية . وتعرض بأي طريقة بحيث تستولي على اهتمام المريض . وقد ينتظر حتى ينتهي من عرض كلمته كلها ثم يبدأ المناقشة ، أو يسمح بإجراء المناقشة في أثناء سرد أجزاء من كلمته . وقد يستعمل الوسائل السمعية والبصرية المعينة audio-visual aids كالشرائط والسينما والصور الكرتونية والتسجيلات الصوتية واللوحات والرسوم .

ويستخدم منهج « المناقشة والمحاضرة » معالجون تحليليون وغير تحليليين ، ولا يهم إختيار القصة كثيراً بقدر ما يهم الديناميات النفسية التي تثيرها في المرضى ولإتقان عملية العرض والمناقشة لا بد أن يلم المعالج بطرق التدريس المختلفة ، وبالمبادىء التربوية والأفضل تخصيص الجزء الأكبر من الوقت للمناقشة ، والإكتفاء بعرض الموضوع المراد مناقشته في أقل من نصف الزمن المحدد ، ولكن المعالج ينبغي أن يكون ملماً إلماماً تاماً بموضوع الحديث والأفضل أيضاً أن تترك الحرية للمرضى لتوجيه الأسئلة التي تدور حول الموضوع ، وغيره من الموضوعات ، وليس من الضروري قصرها على محتوى المحاضرة فقط . وإذا كان الهدف من المحاضرة إعطاء المعلومات فإن التركيز يكون على حديث المعالج ، أما إذا كان الهدف استشارة المرضى والحصول على تعبيراتهم عن إنفعالاتهم فإن التركيز ينبغي أن يكون على المناقشة ، ولا نستطيع أن نقول إن

المناقشة أفضل من المحاضرة إلا إذا عرفنا الهدف من الجلسة العلاجية . والوضع المثالي أن تكون المحاضرة معدة إعداداً جيداً ومنظمة تنظيماً يجذب إنتباه المرضى ، وأن تلقى بطريقة حسنة ، كما ينبغي أن تكون المناقشة أيضاً مشجعة ومثيرة لإهتمامات المرضى ، وأن تخلعهم من عولتهم وسلبيتهم ، وأن تشركهم إشراكاً فعلياً في نشاط الجماعة . ومن أمثلة المحاضرات الكلمات القصيرة ، ولقد إستخدمت هذه الطريقة منذ أمد بعيد مع مرضى السل Tuberculor patients بواسطة برات Pratt (١٩٠٦) . كما استخدمها غيره مع المرضى غير العضويين ، وكان يشار إلى ذلك بعيادات الضبط الفكري thought-control ، وكان حجم الجماعة يتراوح ما بين ١٥ ـ ٤٠ مريضاً ، وكان المعالج يقرأ جزءاً من شرائط الأعراض التي أدلى بها المرضى والمشاكل ، وطرق تخلص المرضى القدامى من هذه المشاكل وبعد استرخاء الجماعة يعطي المعالج كلمة قصيرة جول بعض المشاكل الإنفعالية ويتبع ذلك مناقشات غير رسمية مع المرضى بعضهم البعض مع قائد الجماعة أو المعالج . وكان المريض الجديد يعطى لمريض قديم يشرح له العيادة ودورها وفوائدها . كذلك استخدمت مع مرضى التوتر المفرط hypertensicn ، وكان الحديث يتناول فيها يتناول الوجبات الغذائية الصحيحة . وبعض هذه الكلمات كان يدور حول التكيف الإنفعالي ، حيث يتحدث المعالج لمدة ٢٠ دقيقة حول هذا الموضوع . ويعقب كل كلمة مناقشة حرة لمشاكل المرضى . كذلك إستخدم هذا المنهج مع مرضى القرحة الهضمية pepticulcer وكانت تدور حول طبيعة التفكير وعلاقته بالنشاط الجسمي ، وطبيعة الإنفعالات ، وطرق الاستجابة لمواقف الحياة العادية وما أشبه ذلك . كما كان المرضى يتدربون على كيفية التحكم في القلق وكيف يدخرون الجهد . كما نصحوا بعدم مناقشة مشاكلهم مع أسرهم أو مع أصدقائهم . كما كانوا يشجعون على أداء الصلاة ويدعون الله أن يتحسنوا وأن يستقلوا .

وفي إحدى المستشفيات ألقى معالج مجموعة من المحاضرات في مرضى الفصام حول الأمراض النفسية ، والنمو النفسجنسي من وجهة النظر

الفرويدية . وعرض الخوف من الموت ، وكبت هذا الخوف ، ومحاضرات عن الليبيدو ، وعن عقدة أوديب ، وحب الذات ، والجنسية المثلية ، والشعور بالنقص ، والهذيان ، والهلاوس وما إلى ذلك . وكان يتبع ذلك قراءة مختارات من فرويد ومن غير الفرويديين .

واستخدم معالج آخر سلسلة من المحاضرات لاعادة تعليم مجموعة من مرضى الفصام متبعاً وجهة نظر كارل يونج . بمعدل محاضرة واحدة أسبوعياً لمدة سبعة شهور . ولا مانع بالطبع من استخدام أنماط أخرى من العلاج إلى جانب العلاج الجماعي ، كالعلاج عن طريق العمل أو العلاج الطبيعي أو العلاج الفردي .

وفي مستشفيات أخرى دارت المحاضرات حول مشاكل الدين ، والفلسفة والتكيف للحياة داخل المستشفى والنمو الجنسي ، والعادات والتقاليد ، والغرائز . كذلك كان هناك أغاني جماعية يمارسها المرضى ، ويحفظون عن ظهر قلب بعض الشعارات التي تؤكد إيمانهم أن العقل السليم في الجسم السليم ، وعدم الشعور بالعار من المرض العقلي ، وإيمانهم بالتعاون مع الطبيب ، وآمالهم في المستقبل .

ولقد استخدم مارش March منذ ١٩٣٣ طريقة مماثلة لا للمرضى وحسب وإنما للعاملين بالمستشفى والأقارب والمعلمين وغيرهم من أعضاء المجتمع ، وتناولت المحاضرات إلى جانب الأمراض النفسية الفن والأدب والموسيقى وغير ذلك من مظاهر الحياة اليومية .

وهناك معالجون آخرون تجنبوا الحديث عن الصحة العقلية mental hygiene واهتموا بالتكيف الشخصي ومواقف الحياة الواقعية وذلك حتى يبعدوا المرضى عن ذواتهم وتنمية إهتمامات في الحياة الإجتماعية الواقعية .

ولقد إنتهج وندر Wender (١٩٤٠) منهجاً فرويدياً فأعطى محاضرات عن « الدوافع البدائية الفطرية » والشعور و « اللاشعور » و « الأحلام » و « الخبرات

المبكرة المؤلمة » والكبت والعكسية reaction formation . وكان المرضى يتحدثون بحرية عن حبهم وكرههم وخبراتهم الجنسية وإنحرافاتهم . وقال أنه لا ينبغي تركيز المناقشة على مريض واحد ، كما أن الإثارة غير المباشرة للمجموعة أفضل من الإثارة المباشرة . وأن المناقشات النظرية يلجأ إليها عندما يصطدم المعالج بمقاومة المرضى ، ولقد أكدت إحدى نشرات القوات المسلحة الأمريكية الصادرة عام ١٩٤٤ أن الخبرة بالعلاج الجماعي ونجاحه يبرران إستخدامه في الجيش . كما أكدت النشرة أن إندماج طريقة المحاضرة مع طريقة المناقشة أفضل من إستخدام إحداهما دون الأخرى . ومما تناولته المحاضرات شرح الجهاز العصبي ووظائفه ، وشرح الأعراض في ضوء الإشتراط ، والحاجة لقبول بعض الإعراض ، ودور اللاشعور ، والمحافظة على الحياة وصراعها مع الشعور بالواجب sense of duty ، وبقاء ذكريات الخبرات المؤلمة ، ونمو الآليات المضادة للقلق . وبالنسبة للمرضى الذين كان لهم تاريخ مرضي سابق على الحرب ، كان التركيز حول التاريخ المبكر للفرد والعوامل الدافعية ، والطبيعية التكرارية للأعراض والطرق غير الواقعية في مقابلة المواقف الضاغطة ، وشرح طبيعة العمليات والآليات العقلية ، وخاصة التي توجد في العصاب .

ويمكن تقسيم المناقشة والمحاضرة إلى ثلاثة أجزاء وهي الآتي :

١ ـ توجيه المرضى نحو أوضاعهم العقلية وبيئاتهم ، كالحياة في عنابر العلاج ، وطرق علاج المرض العقلي وإزالة بعض المخاوف التي تدور حول طبيعة أمراضهم ودوامها ورجوعها لعوامل غير وراثية .

٢ ـ نمو الشخصية مع التأكيد الخاص على العوامل الاجتماعية ، ونمو الطفولة المبكرة وأثر المنزل والمدرسة ومشاكل المراهقة والرشد .

٣ ـ الإعداد للمستقبل ، ويتضمن ذلك تنمية الشعور بالأمان ، وشرح القوانين التي تؤمن حياة المرضى ، وتوضيح فرص التعليم أو العمل المتاحة ، ووسائل العلاج العقلي المتوفرة في بيئاتهم المحلية بعد الخروج من المستشفى . كما

يقوم مشاكل المرضى وعرض بدائل مختلفة للحلول . كما تناقش الخطط التي وضعها المرضى الذين خرجوا من المستشفى لمقابلة الحياة الخارجية .

وكان كل مريض يشجع بأن يفكر في خبراته الذاتية أثناء الإستماع إلى المحاضرات ، وأن يضع حالته في موضع معين من هذه المحاضرات أو في المرحلة التي تشبه حالته .

وكان الهدف من مثل هذا البرنامج تعليم المريض أسلوباً من أساليب الحياة يشبع حاجاته ويتمشى مع المطالب الإجتماعية والمادية والواقعية ويعتقد كلابمان Klapman (١٩٤٦) أن تعليم مرضى الأمراض العقلية كان تعليماً خاطئاً miseducative ، ولذلك وضع برنامجاً لإعادة تعليم مرضاه الصحة العقلية مكوناً من ٢٤ محاضرة . وكانت كل محاضرة تتبع بمناقشة ، وتناولت هذه المحاضرات الموضوعات الآتية :

١ ـ أهداف العلاج وإثارة مشاعر المرضى ، والتعبير عنها وبخاصة مشاعرهم نحو الإقامة في المؤسسة العلاجية .

٢ ـ طبيعة الأمراض العقلية .

٣ ـ طبيعة المجتمع .

٤ ـ الشعور بالعار المتصل بالمرض العقلي .

٥ ـ مصادر وأصول إتجاهاتنا نحو الأمراض العقلية .

٦ ـ الأمراض العقلية في الأزمنة الغابرة .

٧ ـ العقل والدوافع .

٨ ـ الآليات العقلية وتشمل الكبت والاعلاء والتسامي والتبرير والتعويض والترميز symtoliyotion والإزاحة والإسقاط .

٩ ـ الضمير أو الذات العليا .

١٠ ـ التفكير والتخيل .

١١ ـ النمو العقلي والشخصي .

١٢ ـ الأمزجة والصراعات والدوافع ، وخاصة الصراع بين الأنا الدنيا والأنا العليا .

١٣ ـ مشاعر الخوف والنقص والانطواء والإنبساط .

١٤ ـ الدافع الإجتماعي أو النزعة الإجتماعية في الفرد .

١٥ ـ النرجسية أو عبادة الذات .

وضمن هذه الموضوعات كتابه الذي كان يكلف كل مريض بقراءة جزء منه قراءة جهرية ، وتفسيره وتلخيصه ، ويعلق عليه إذا أراد . وفي أثناء ذلك يوضح المعالج الأمـور الغامضة ويشجع المريض . وإلى جانب النشاط داخل المحاضرة كان يعين لهم واجبات منزلية يقرأونها من الكتاب وغير ذلك من الندوات : كما كان يكلف المرضى بكتابة سير حياتهم ، أو تاريخ حياة أحدهم تقرأ سراً دون أن يعرف اسمه . ويرى أن في استخدام الكتاب المزايا الآتية :

١ ـ يوفر مادة منطقية ومنسقة ومنظمة ومتتابعة تثير تداعي المرضى وتوارد أفكارهم .

٢ ـ يصبح المرضى مشاركين إيجابيين بدلاً من الإستماع السلبي .

٣ ـ يقدم الكتاب مادة لا تعتمد على قدرة المعالج الجدلية forensicpkill والتي تتضمن إستمرارية العلاج ومجراه إذا ما تغير المعالج .

٤ ـ توفر نوعاً من التقنين للعلاج الجماعي يمكن على أساس منه عقد المقارنات بين جماعتين أو أكثر .

٥ ـ للكلمة المكتوبة المطبوعة سلطة أو لها سلطة إضافية .

٦ ـ تعالج مشاكل المرضى الصامتين[١] .

تحليل معاني الكلمات Semantic Analysis :

يستخدم تحليل المعاني بدلاً من التحليل النفسي في جلسات العلاج الجماعي ، فبعض علماء معاني اللغة يقررون أن بعض الأنماط الإنفعالية ، والسلوكية متصلة بأنماط من التفكير ومن الإتصال اللغوي . ولذلك فإن أصحاب الصعوبات الإنفعالية والسلوكية يمكن مساعدتهم عن طريق تحليل المعاني والتدريب عليه . ولذلك يدرب الأفراد أو الجماعات على إستخدام اللغة بطريقة أكثر صدقاً عن طريق تبصيرهم بوظيفة وطبيعة اللغة ، في الحياة اليومية وتأثيرها على مشاعرهم وتفكيرهم وسلوكهم .

وتشمل المحاضرات والمناقشات والتدريبات في هذا الصدد النواحي الآتية :

١ ـ استخدامات اللغة ، فللغة وظائف هي توصيل المعارف والأحداث ووحدتها .

٢ ـ نقل وتوصيل المشاعر والإنفعالات والعواطف والإتجاهات .

٣ ـ وإشباع رغبات الفرد في أحلام اليقظة وشطحات الخيال .

كما يشمل التدريب معاني الكلمات ، فهناك كلمات ليس لها معاني ، ومعاني ليس لها كلمات . فهناك كلمات ليس لها ما تشير إليه في الخارج ، أو معاني (الأفكار) التي لا يوجد لها كلمات في اللغة ، وكذلك فإن هناك كلمات لها أكثر من معنى أو إسناد . وبالمثل هناك معنى واحد يعينه له أكثر من كلمة متصلة به . إن معنى الكلمة قد يشير إلى شيء أو حدث في عالم الموضوعات أي معناها الوجودي بينما أيضاً لها ، إرتباطاتها الخاصة أو الفريدة (أي معناها الداخلي) وواضح أيضاً أن معنى اللفظة المعينة يتوقف على المضمون الذي

---

(١) Luchins, H. R., op. cit., p. 30.

يحتويها أو المجال الذي تستخدم فيه . ويشمل ذلك من الذي يستخدمها وكيف ومتى ولماذا وأين تستخدم . يجب أن نميز بين الأشياء والأسماء (اللافتات) أو العناوين التي نضعها وأن نتبين الطبيعة الرمزية والإشارية للغة .

ويتضمن التدريب كذلك معرفة تأثير اللغة على السلوك وعلى الإنفعالات إن اللغة تشكل أو تكون عقولنا ولذلك فهي تحدد سلوكنا . فإن اللغة التي يستخدمها الفرد لوصف أعراضه المرضية وصعوباته ومشاعره ربما تكثف وتطيل منها ، ولذلك على المريض أن يتعلم كيف يستخدم اللغة بدقة أكثر بحيث لا يتجاوز حدود المعنى المراد . ويعطي هذا للمريض قدرة على التحكم في إنفعالاته وسلوكه .

ويحتوي التدريب على بيان الفرق بين العبارات الدالة على حقائق ، والدالة على الإستنتاجات ، والدالة على الإحتمالات والدالة على مجرد الملاحظات . فالمريض مثلاً قد يستنتج من مجرد الشعور بالصداع أن مخه مصاب بالورم .

ويشمل البرنامج تدريب المرضى على الوعي والإدراك awareness لأن اللغة قد تخفي أو تحجب المثير الحقيقي الواقع على حواسنا . ولذلك يتدرب المرضى على الفهم الغير لغوي للحقيقة ، فيطلب من المريض التقاط شيء ما ، وأن يشمه ويشعر به ، وينظر إليه من زوايا متعددة ، وأن يركز على الاحساسات الصادرة منه دون أن « يفكر » فيه بالألفاظ . أي التدريب على الإحساس بدون إستخدام الألفاظ لوصف وبلورة الإحساس . وفي الوقت الذي يبدأ المريض بالقول مثلا هذا كتاباً أو أسوداً ، أو ناشفاً أو ثقيلاً عليه أن يسقط الموضوع الذي التقطه فوراً . إن الهدف هو معرفة إلى متى يستطيع الفرد أن يستجيب على المستوى الغير لفظي .

وهناك طريقة أخرى مؤداها أن يغلق الفرد عينيه ، وأن يأخذ في لمس الأشياء الموجودة في الغرفة ، أو أن يستمع إلى الموسيقى ، أو أن يتذوق شيئاً ما

ويرى إلى متى يستطيع الفرد أن « يعيش » مع هذه الخبرات بلا ألفاظ .

ويتضمن التدريب اللغوي أيضاً التجريد والتصنيف abstraction and classifications فيمكن الحصول على مستويات مختلفة من التجريد من نفس موضوع الحس الواحد . إن الخواص الفردية أو النوعية لشيء ما تهمل عندما نتعامل معه في ضوء التجريدات أو التصنيفات أو الفئات أو العضوية في فئات معينة إن الحقائق قد تزيف خلال عمليات التجريد ، أو خلال عمليات إعادة تجسيد المجردات .

يتدرب الفرد على التركيز على موضوع ما حتى يتحكم في عملية التجريد عن طريق فهم طبيعتها ووظيفتها ، وأن يكون مدركاً لمستويات التجريد المستخدمة في أي محادثة .

يتعلم المنطق من الموضوعات التي يتم التدريب على إستخدامها ، وليس المنطق الصوري الأرسطي والإستدلال الرمزي وإنما منطق للتعامل مع مواقف مشخصة في الحياة اليومية . إن القضايا اليومية لا ينبغي أن تخضع لمنطق : إما صادقة مثلاً وإما كاذبة ، كما يدل على ذلك مبدأ الثالث المرفوع في المنطق الأرسطي . فهناك منطق متعدد القيم أو متعدد الأسس . ومن بين ما يتضمنه البرنامج ما يعرف باسم الربط الزمني time- binding فعن طريق إستخدام الرموز والعمليات الرمزية تنتقل المعارف المتراكمة من الماضي من جيل إلى آخر . وعلى كل فكل منا لا يعيش حاضره فقط بل يعيش ماضيه وحاضره ومستقبله ، لأنه إمتص المجردات والرموز من ثقافة مجتمعه ، في الماضي وفي الحاضر والتحليل المعنوي يتضمن تعليم الفرد كيفية وضع الرمز أو القيمة أو الخبرة في زمنها المناسب حتى يستجيب لها الآن على الوجه الصحيح وتساعده في إتخاذ قراراته .

ولقد استخدم لو low منهجاً قريباً من منهج تحليل المعاني أطلق عليه اسم الشفاء recovery ، وتبعاً لهذا المنهج لا بد أن يتعلم المريض أن يستخدم لغة لا

تسبب الإضطراب أو الخلط . لأن اللغة من الممكن أن تخلق التوتر وتعزز الأعراض الدائمة . يجب أن يستخدم لغة جديدة تناسب الإحساسات الحقيقية وملاحظات المريض الفعلية . إن توقع التعب أو عدم الراحة هو الذي يسبب القلق ـ إن الخوف العصبي هو خوف من عدم الراحة ، وأننا فعلاً لا نخاف من شيء إلا من مشاعرنا واحساساتنا . ولذلك كان يستهدف تدريب إرادة المريض will- training لتحمل المتاعب discomforts وللتغلب على خوف المريض من الخوف ، وحيث أن الألم وعدم الراحة ملازمان للحياة الحديثة ولا تستطيع الإختراعات الحديثة التخلص منهما لذلك على الإنسان أن يتعلم كيف يتعايش وإياهما .

وكانت جماعة « لو » لتدريب الإرادة تتكون من عدد من خريجي المستشفيات العقلية من مرضى الذهان ، ويلتقون في منزل أحدهم بدون وجود المعالج ، ولكنهم يتبعون التعليمات التي وضعها هو في كتيب صغير . وقد يقرأون من هذا الكتيب أو يسمعون تعليمات المعالج من جهاز تسجيل . وللجماعة قائد متعاطف ومتفاهم ، وتقدم لهم المشروبات في جو إجتماعي ودي[1] . ولقد قيل بحق إن اللغة لا تستخدم فقط للتعبير عن الأفكار وانما أيضاً تستخدم لإخفاء الأفكار .

العلاج عن طريق التدريب على التفكير وإتخاذ القرارات :

هناك بعض المعالجين الذين يستهدفون تدريب المريض على التفكير في حل المشكلات problem- solving ، وإتخاذ القرارات decision- making والتفكير الإنتاجي ، والإشتراك الإيجابي في خلق القيم الإجتماعية ، مع الإهتمام بإدراك المريض ، وحديثه ، وسلوكه على أساس من القرارات التي إتخذها هو بنفسه وعلى أساس من التغذية الرجعية التي يحصل عليها من جراء سلوكه . ويتفق

(١) للمزيد في هذا الموضوع يمكن مطالعة كتب سيكولوجية اللغة وسيكولوجية الاتصال وعلم المعاني ووظيفة اللغة .

هذا مع أحد محكات السواء في مجتمعنا ، حيث لا بد أن يتحمل الفرد السوي قدراً من المسئولية عن نفسه ، وعن سلوكه ، وأن يشترك في إتخاذ وتنفيذ القرارات . ولذلك يركز الإهتمام في هذا النوع من العلاج على خبرات المريض المشخصة في المستشفى وخارجها وعلى سبيل المثال كيف قضى الأيام القلائل الماضية ؟ وما هي الإنتصارات والصعوبات التي قابلته ، وكيف شعر إزاء كل هذا ، وكيف كانت خططه وتوقعاته . ويشترك الأعضاء سويا في خبراتهم ومشاكلهم وفي وضع خطط للتعامل معها ، أو يضعوا خططاً بديلة ، وأن يفكروا في الإحتمالات المتوقعة . وإذا نفذ المريض خطة ما كان عليه أن يقرر للجماعة ماذا حدث بعد ذلك . وهنا تقارن الجماعة بين ما توقعوه وبين ما تم فعلاً ، كما يقارنون بين توقعات المرضى المختلفين وتقويمهم للموقف ولنتائجه . ولم تكن الجماعة تناقش الخطط وحسب وإنما تساعد في تنفيذها . فكان يسمح لهم باللقاء خارج العيادة ، ويشتركون في فصول دراسية ، ويبحثون عن وظائف معا ، ويذهبون إلى السينما أو حفلات الرقص وغير ذلك من الأنشطة الإجتماعية وفي هذه الطريقة أيضاً يشترك المرضى في حل مشاكل في مواقف مشخصة محددة ويتم مناقشة إدراك المريض ، ومفهومه ، وتقويمه للناس وللأشياء وللأحداث ، وتستهدف تعريفه بالعوامل التي تؤثر في حياته ، وفي إتخاذ قراراته وتشجعه الطريقة على أن يعالج هو المواقف بدلا من أن يظل ألعوبة في يدها تحركه وتشكله كما تشاء .

ولكن هذا المنهج لا يعني أن كل المرضى يمكن أن يستفيدوا منه قبل تحسين حالاتهم بالخضوع للعلاج التحليلي أو الفردي ، كما أنه لا يلغي حقيقة وجوب تغيير الظروف البيئية المحيطة بالمريض ، وإنما الذي ينبغي أن نؤكده هنا هو أنه كما توجد الحاجة إلى التغيرات الداخلية هناك حاجة إلى حدوث تغييرات خارجية (inner- cuter) ، التغييرات الخارجية تحتاج إلى العلاج الإجتماعي للمجتمع أو العلاج الجماعي على المستوى الواسع ، أي معالجة المثيرات التي تسقط على حواس المريض . ولذلك ينبغي على من يمارس هذا النوع من العلاج

الإلمام بالنظام الإجتماعي المعين الذي يعيش في كنفه المريض ، مع معرفة المفاهيم الخاصة بالعلاقات الإنسانية وديناميات الجماعة . وقد يستخدم هذا المنهج أي اتخاذ القرارات مستقلاً أو مرتبطاً بالسلوك أو التصرف action بالنسبة للسلوك فإن إجراء العلاج هنا تشبه ما وصفه كيرت لفين ، Kurt levin عن بحث العمل «action research» وهو عبارة عن إستخدام المنهج العلمي لحل المشاكل الإجتماعية المحددة أو المجسمة . وهنا في العلاج يقوم المريض وحده أو بالاشتراك مع المعالج بصياغة المشكلة ، ووضع الفروض الممكنة لحلها ، ولتحقيق التغير في الاتجاه المطلوب أي عمل خطة عمل تبعا لفرض معين ، ثم ينفذ الخطة ، ويقوم نتائجها وقد يعدل أو يحور من الخطة أو حتى من المشكلة ويعيد صياغتها . وتشبه هذه الخطوات طريقة جون ديوي في خطوات حل المشكلات . المهم أن يفعل المريض شيئاً إزاء المشكلة بدلا من الإكتفاء بالحديث عنها .

الفصل العاشر

السيكودراما والسسيودراما

منهج لعب الدور والسيكودراما :

في هذا المنهج لا نعد المريض لكي يكون مستعداً للقيام بدور معين وحسب ، وإنما هو يلعبه فعلاً على خشبة المسرح أمامنا . نشأ منهج لعب الدور role- playing من أعمال كيرت لفين ومورينو Moreno .

ويتم أولا تقديم أعضاء الجماعة إلى بعضهم البعض ، ويشعرون بالألفة ، ثم يعرضون مشاكلهم ، ثم يرتبون هذه المشاكل بالترتيب الذي يرغبون أن يناقشوها على أساسه . ثم يتم تحديد أول مشكلة ، وتحديد أمثلة من هذه المشكلة ، وتقرر الجماعة عرض أحد هذه الأمثلة ، ويحددون الأدوار ويختارون الأشخاص اللازمين للقيام بهذه الأدوار ، ويعد المسرح ، ويناقش المعالج مع الأشخاص أدوارهم بحيث تظهر كما لو كانت طبيعية ، وبعد أن يقدم الممثلون الأدوار يناقشها أعضاء الجماعة . ويشجع المعالج المناقشة والأسئلة ويحاول أن يجعل كل عضو يدلي برأيه في الأدوار . وقد ينتج عن ذلك إتضاح إمكانية القيام بأدوار أخرى ، أو معالجة أخرى للمشكلات المعروضة ، وقد يقوم به نفس الأشخاص أو أشخاص آخرون إذا رغبت الجماعة في تغييرهم . ويقارن الأعضاء بين العرضية ، وقد يتم عرض مشاهد أخرى أو يعاد تمثيل نفس الأدوار بطريقة أخرى . وتنتقل الجماعة إلى معالجة مشكلة أخرى . ويتم

تدريب الأفراد على التعامل مع المواقف المختلفة .

وفي أثناء التمثيل يمكن أن يقوم المعالج بالآتي :

١ ـ لفت نظر الجماعة لمشاهدة مفاتيح لحلول معينة في لعب الدور كمشاهدة الحركات التعبيرية .

٢ ـ يستطيع أي ممثل أو أي عضو أن يوقف التمثيل برفع إصبعه ، فيوقف المعالج العرض ويسمح له بالحديث . وذلك لاتاحة الفرصة أمام الممثلين للتعبير عن مشاعرهم عما يقومون به ، ولإمكان إشراك المشاهدين .

٣ ـ بعد إنتهاء التمثيل يعبر كل ممثل عما شعر به ، وفكر فيه أثناء لعب الدور وكذلك تعبر الجماعة عن ردود الفعل عندها . ولا مانع من ظهور خلافات في الرأي بين أعضاء الجماعة وحول الأدوار وطرق حل المشكلات وفي مثل هذه الحالة يسمح لكل فريق بالتعبير التمثيلي عن وجهة نظره وعن ادواره ثم تناقش الجماعة الدورين وقد ينتج عن ذلك ظهور أدوار جديدة ، وقد يتم تعديل آراء فريق منهما أو تعديل آراء الفريقين معا . وفي بعض المشكلات تحتاج الجماعة إلى شخص خبير لتزويدهما بالمعلومات اللازمة لحل مشكلة ما .

كذلك تستخدم منهج الدور لتوضيح توقعات المرضى ومعرفتهم بالمواقف الاجتماعية . فقد تقرر الجماعة الذهاب في نزهة أو الذهاب إلى حفلة ، ويرسمون خطة تصرفهم في هذه الحفلة ، ثم يعودون بعد ذلك لمناقشة نتائج سلوكهم في العالم الخارجي وماذا كانت ردة الفعل الخارجية .

ويعتمد لعب الدور على عدة إفتراضات منها :

١ ـ أن الحياة كلها مسرح all life is a stage .

وأن الحياة الإجتماعية ما هي إلا عبارة عن لعب الدور .ويوصف الناس بالنجاح إذا لعبوا أدوارهم بطريقة جيدة .

٢ ـ إننا نفهم المشاكل بطريقة أفضل إذا عرضت علينا ، وإذا أصبحت

حقيقية ، وأننا في الحياة نتعلم من النماذج أو من المثل التي نشاهدها . بالمثل عندما يشتغل الفرد في مهنة جديدة أو يذهب إلى بلد جديد فإنه ينظر أولا لكي يرى ما يعمل أمامه لكي يتعلم أو يعرف شروط وقواعد العمل أو الحياة في هذه المدينة ولعب الدور يوفر للفرد فرصة مشابهة ، للتعلم والتعرف والتدريب على الحلول الممكنة في موقف معين .

لعب الدور والتعلم الاجتماعي :

يتضمن لعب الدور كثيراً من مظاهر التعلم الإجتماعي social learning وهناك وجهة نظر للتعلم الإجتماعي مؤداها أن الفرد يقلد غيرة تقليداً أعمى دون فهم لما يقلده ، ووجهة نظر أخرى ترى أن الفرد يتعلم عن طريق خبرته مع الآخرين . وواضح أن وجهة النظر الأخيرة وجهة معرفية أو عقلية cognitive ، أما وجهة النظر الأولى فتشير إلى التعلم الميكانيكي الآلي .

وهنا نتساءل أي الاتجاهين نأخذ في لعب الدور ؟

هل نعلم المريض في لعب الدور إستجابات خاصة محددة نوعية لمثيرات معينة ؟ أم نعلمه كيفية تفهم طرق معامله الموقف ؟ إننا ينبغي ألا نترك المريض يكون سلسلة من الإستجابات الآلية ، لأن ذلك سوف يعوق إمكانية انتقال ما تعلمه في لعب الدور لمواقف الحياة الأخرى . يجب أن يعمم المريض المبدأ ، وأن يفهمه ، وأن ينقله للمواقف الأخرى[١] .

وأخيراً فإن منهج لعب الدور يثير تساؤلا هاما وهو هل هناك فرق بين لعب الدور وبين حياة الطور نفسه ؟

بعبارة أخرى هل هناك فرق بين لعب دور « أم » مثلاً وبين كون الممثلة أماً فعلاً ؟

---

(١) للاطلاع على مشكلة إنتقال أثر التدريب راجع كتاب المؤلف « علم النفس الفسيولوجي » ، دراسة في تفسير السلوك الإنساني ، دار النهضة العربية - بيروت .

لقد نشأت طريقة لعب الدور من المنهج المعروف باسم السيكودراما الذي إبتكره مورينو .

١ ـ المسرح stage .

٢ ـ العميل أو الممثل actor .

٣ ـ المخرج أو المعالج director .

٤ ـ مساعد المخرج auxillary ego .

٥ ـ المشاهدون (المرضى) audience .

بالنسبة للمسرح ، من الأفضل أن يتخذ شكل مستديراً يسمح بالحركة والمرونة في الآداء . وبالنسبة للممثل . يطلب منه أن يعبر عن نفسه ، وأن يكون نفسه ، وليس مجرد ممثلاً ، وأن يعبر بحرية وصدق وتلقائية . وقد يتظاهر بأنه في دور معين ، أو يمثل خبرة سابقة مرت به ، أو يمثل دوره في المستقبل . ويعمل المخرج كمرشد ومحلل ومفسر ومنتج . ومساعد المخرج يعمل على مساعدة الممثل ويرشده للكشف عن إستجاباته ، وكذلك يمثل شخصية المريض في الحياة الحقيقية . والمشاهدون يساعدون الممثل ويتعلمون في نفس الوقت منه .

وبعد فترة التسخين والتمرين يترك المخرج الممثلين للقيام بأدوارهم ، ومعهم مساعد المخرج . وبين الطرق المستخدمة تبادل الأدوار بين الممثل ومساعد المخرج ، كأن يقوم بدور صاحب العمل أو زوجته أو عدوه .

وعلى الرغم من أهمية هذه العناصر الأربعة إلا أن مورينو يبسط من الإجراءات المطلوبة ويقول إن السيكودراما لا تحتاج إلى اعداد مسرحي . ولقد طبعتها في الفصول الدراسية والمستشفيات والسجون والمكتبات والعنابر . كذلك استخدام بعض المرضى كمساعدين للمخرج .

وهنا يجدر بنا أن نتساءل عن الفرق بين السيكودراما والسسيودراما Sociodrama ، أن المنهج الأخير يتناول المشاكل ذات الطابع الجماعي المتصل

بوظيفة الجماعة أو تركيبها ، وليس من الضروري أن يتناول مشكلة خاصة بشخص واحد بعينة من أعضاء الجماعة . كأن تعالج مشكلة الشخص المسرح من الجيش بإعتبار أنها مشكلة تهم المجتمع كله ، وليست مشكلة عضو معين من أعضاء الجماعة . من ذلك التعصب العنصري أو أي مشكلة اجتماعية أو دينية أو اقتصادية تسبب التوتر للمجتمع . وفي المستشفيات يمكن أن تتناول قوانين المستشفيات ومناشط العنابر أو سلوك جماعة معينة . ولا يمكن التمييز الحاسم بين المنهجين إنما تركز الأهمية في السيكودراما على الفرد بينما تركز الأهمية في السسيودراما على الجماعة . وإن كان من المعروف أن لكل مشكلة جانبين : جانب فردي وجانب إجتماعي . ففي السيكودراما يكون التركيز على الجانب الفردي في حين يكون الجانب الإجتماعي في الخلفية والعكس صحيح بالنسبة للسيكودراما .

وهناك فرق بين لعب الدور وكل من السيكودراما والسسيودراما ففي لعب الدور يعطي الأشخاص أمثلة أو نماذج أو أدوار لكي يتعلموها ويكرروها . أما في السيكودراما والسسيودراما فإن التركيز لا يكون على تكرار وتعلم دور معين وإنما على خلق التلقائية وتنمية القدرة على إتخاذ القرارات والقيام بالأدوار من جراء القيام بالدور في التمثيل .

كيف يتم إختيار الدراما ؟

هناك بعض المعالجين الذين يجمعون أو يحصون مشاكل المرضى المتقدمون للعلاج ويختارون من بين هذه المشاكل المادة المسرحية ، وهناك معالجون آخرون يستخدمون طريقة ثابتة وهي تمثيل الأدوار التي تمثل العلاقات الآتية بصرف النظر عن وجود هذه المشكلات وسط الجماعة :

١ ـ منافسة الأخوة والأخوات .
٢ ـ علاقة الولد بالفتاة .
٣ ـ علاقة الأم بالإبن .

٤ ـ علاقة العامل بصاحب العمل .

وقد يمثل المريض كل هذه الأدوار ، وقد يختار كل ما يناسبه يفترض هذا المنهج عرض ومعالجة بعض المشاكل الرئيسية التي لا بد أن كل فرد مر بها . ولكن ينقص هذا المنهج التلقائية والإتصال واللمس المباشر لمشكلة المريض بالذات .

وهناك بعض المعالجين الذين يعدون الطريقة التي تمثل بها بعض المشاكل ويعلمون المرضى للقيام بها ، ولكن ذلك أيضاً فيه حرماناً من التلقائية المفروض توفرها في طريقة مورينو الأصلية .

ومن المشاهد التي مثلت بنجاح ، أم مريضة كانت على وشك الخروج من المستشفى ،وكانت تخشى الطريقة التي سيقابلها بها نجلها في المنزل ، فمثلت هذا الدور أمام المرضى ثم تبادلت الدور مع الممثل الذي قام بدور ابنها ابتداء من القرع على باب منزله حتى استقباله لها وكان المرضى يتدخلون ويقترحون عليها الحصول وهي على خشبة المسرح ، وكان الموقف أشبه بحل جماعي للمشكلة المعروضة group problem solving . ومن المشاكل التي مثلت مشكلة سيدة كانت قد خرقت قواعد السلوك في المستشفى فحبست في عنبرها مدة من الزمن ، وعندما ناقشها المعالج في شعورها أبدت رغبتها في تمثيلها ، ثم تبادلت الدور مع الطبيب الذي « أمر بعقابها » .

كذلك أمكن عرض مشكلة مجموعة من المرضى يشكون من سوء الأحوال بالمستشفى وقدموا شكواهم لمدير المستشفى (المعالج) ثم تبادلوا الأدوار أيضاً . وفي كل الحالات تناقش الجماعة العروض المختلفة وتبدي فيها الرأي .

كذلك تعالج مشاكل العلاقات الشخصية فقد اشتكى أحد المرضى من عجزه عن اقامة علاقات مع الإناث فلم يكن يستطيع التحدث اليهن أو طلب موعد مع احداهن ، ويشعر بالخوف في كل مرة يحاول التحدث إلى احداهن . لعب المعالج دور الفتاة وطلب من المريض أن يتخيل أنه يتحدث مع الفتاة ،

ولكن لم يكن الآداء جيداً ، ولذلك استدعى الطبيب سكرتيرته . وبعد الآداء خرجت السكرتيرة وناقشت الجماعة العرض ثم عادت بعد المناقشة واعيد تمثيل الدور .

ومريض آخر شرح مشكلته مع صديقته التي تريد الزواج منه ، وتحمله مسئولية طفلها الذي انجبته منذ مدة طويلة من غيره .

وبعد القيام بالأدوار وجدت الجماعة أنه لا أحد يستطيع أن يلعب دور هذه المرأة « بكفاءة » فقرر المريض إستحضار صديقته نفسها ، ومثلت معه لمدة عدة أسابيع .

وفي بعض الأحيان يكلف المعالج المرضى كتابة القصص والأدوار التي تدور حول مشكلة يحسون بها جميعاً أو معظمهم ، ويشترك معهم في الإخراج والإنتاج والتمثيل ، ويتم تبادل الرأي بين المرضى فيما بينهم وبينهم وبين المعالج .

ولتدريب المرضى على التعبير غير اللفظي لإنفعالاتهم ، قد يطلب منهم تمثيل الأدوار تمثيلاً صامتاً دون النطق .

إستخدام المقاعد بدلا من مساعدي الإخراج :

لقد إبتكر rosemary lippitt (١٩٥٨) طريقة إشتقها من السيكودراما ولعب الدور وأطلق عليها إصطلاح auxiliary chair techniques وفيها تحل المقاعد محل الشخصيات الحقيقية التي تقوم بالأدوار ، ويكتب على كل كرسي اسم الشخصية التي يمثلها ويقوم المخرج بنقل الكلمات من جهاز تسجيل بدلا من الكراسي ، وينقل الأفكار والمشاعر والأفعال للمشاهدين . ويرى أن لهذه الطريقة فوائد عديدة منها أنها خطوة إنتقال أو مرحلة وسطى بين طريقة المحاضرة إلى طريقة لعب الدور . ولتجنب وجود مؤشرات أو تلميحات من شخصية مساعد المخرج الحقيقي على المريض ، وخاصة عند المرضى الأطفال

الذين يعجزون عن الإستجابة في مواجهة مساعد مخرج حقيقي ، ولتجنب المبالغة ، أو بخس آداء الأدوار ، ويساعد المخرج على السيطرة الكاملة في الأدوار وبذلك تساعد في تحقيق غاياته التعليمية والعلاجية لمنع تقمص المرضى لبعض الأدوار . كما يؤدي هذا المنهج إلى خفض نفقات السيكودراما .

العلاج الجماعي على المستوى الكبير :

يمكن التمييز بين نوعين من العلاج الجماعي :

النوع الأول هو العلاج الجماعي على المستوى الصغير group therapy on the small والنوع الثاني على المستوى الكبير group therapy on the large النوع الأول يتركز حول ديناميات الفرد ، وعلى إحداث التغيرات في شخصيته حتى يتكيف مع الظروف البيئية ، فالفرد هو العامل الأساسي الذي نهتم بمعالجته وتشكيله ، أو تغييره بينما تترك المعايير الإجتماعية والبيئة الإجتماعية خارج وداخل المستشفى ثابتة إلى حد ما .

أما النوع الثاني ، فإنه يركز على ديناميات المجال الإجتماعي وتناوله وتغييره . ولكن هذين النوعين متصلان ولا يمكن وضع تمييز حاسم بينهما وفي الحالات المتطرفة يركز العلاج في النوع الأول على مريض معين في جماعة معينة بينما النوع الثاني يركز على البناء الإجتماعي والوظائف الإجتماعية لجماعات مختلفة ومنظمات إجتماعية بهدف خلق الظروف التي تسمح للمريض بالعمل في وسطها بكفاءة .

ومن أهداف العلاج الجماعي على المستوى الكبير ما يأتي :

١ ـ تغيير المستشفى أو العنبر من مكان للحبس إلى مركز للعلاج .

٢ ـ تغيير الجو الإجتماعي في المستشفى أو العيادة أو العنبر كما يحدث في علاج البيئة أو بحوث العمل .

٣ ـ تحليل وتعديل البناء الإجتماعي والوظائف الإجتماعية لجماعات

المرضى ، كنادي المرضى ، وجماعات بيوت التبني وإتحادات المرضى وغير ذلك . . . الخ .

٤ ـ معالجة العلاقات الشخصية في المستشفى كالعلاقة بين المريض والمريض ، والعلاقة بين العاملين فيما بينهم والعلاقة بين العاملين والمرضى ومعالجة المشكلات الإدارية .

٥ ـ معالجة مشاكل المرضى خارج المستشفى ، كمعالجة مشاكل العلاقات العامة ، وتنمية البرامج التربوية والترفيهية والمهنية للمرضى ولخريجي المستشفيات في داخل المجتمع المحلي .

٦ ـ إنشاء عيادة متمركزة حول المجتمع المحلي .

ومن أمثلة المشكلات التي أمكن علاجها تنظيم الإنتاج ، وتقسيم العمل ، وتعديل الآلات في المصانع خلال الحرب العالمية الثانية بحيث أمكن تشغيل ضعاف العقول Feeble Minded في المجالات الصناعية وإعداد برامج تربوية تناسب ضعاف العقول . وعلى الجملة إحداث كل ما يمكن من تغيير في ظروف التعليم والعمل بحيث يمكن إشتغال المرضى ، وإسهامهم في العمل .

كذلك تستهدف تغيير إتجاهات الناس حول المرضى العقليين وحول أساليب الوقاية وحول رعاية المرضى وتحقيق التعاون بين المنزل والمستشفى بحيث يمكن لبعض المرضى أن يعملوا في المجتمع ويناموا في المستشفى أو يناموا في بيوتهم ويأتون إلى العيادة النهارية .

كذلك تستهدف إزالة التوتر الإجتماعي الناتج من الاختلافات في السلالة أو الدين أو الجنسية أو المستوى الإقتصادي . ووضع برامج للتأهيل المهني . وعلى الجملة تسعى للعمل كي يستوعب المجتمع المرضى بدلا من عزلهم . وتوفير أقصى حد ممكن من الإفادة من المنظمات الإجتماعية[1] الموجودة في البيئة .

---

(١) Luchins, A. S., Group Therapy, A Guide, Random House, N.Y. 1964.

أنواع العلاج الجماعي :

وهناك أنواع متعددة من العلاج النفسي الجماعي من أهمها الدراما النفسية أو السيكودراما . ولقد حاول مورينو تطبيق أساليب العلاج الجماعي على الأطفال في فيينا ، كما إستخدم هذه الأساليب الجماعية في أمريكا . ويستهدف العلاج الجماعي تحقيق تكامل ذات المريض ، وذلك عن طريق إستكشاف بيئة المريض المباشرة . ويتم ذلك عن طريق تحليل القياس الإجتماعي وفهم المريض لعناصر البيئة وللتفاعل الحر التلقائي أهمية كبيرة في تحقيق الشفاء ، ويشمل العلاقة بين المرضى فيما بينهم وبينهم وبين المعالج او المعالجين .

ويشعر كل فرد من أعضاء الجماعة بالمساواة ، وينبغي أن تشبه الجماعة في تكوينها الجماعات الحقيقية من حيث السن والجنس والمستوى الثقافي . ويعتمد التفاعل على التلقائية بين أعضاء الجماعة وعلى مساعدة المعالج . ولقد أضافت السيكودراما مبدأ التعبير عن طريق التمثيل الذي يعتبره مورينو وأتباعه وسيلة علاجية ووقائية في نفس الوقت . فهناك مواقف يعجز الفرد عن التعبير عنها بالألفاظ ، لذلك يعبر عنها بالتمثيل . ويشترك المرضى في آداء الأدوار على خشبة المسرح حسبما ينفعل المريض بدور معين . ويتبادل أعضاء الجماعة الأدوار ، فيقوم المريض (أ) بدور (السيد) بينما يقوم المريض (ب) بدور (التابع) ثم يتبادلان الأدوار . وقد يقوم صاحب العمل مثلاً بهذا الدور ثم يجلس كمشاهد ويقوم غيره بدوره .

وهنا يعمل المسرح كالمرآة التي يرى الفرد فيها صورته .

والقيمة الأساسية للعلاج بالتمثيل في مرور الفرد بمواقف تشبه مواقف الحياة التي أدت إلى حدوث الإضطراب ، ولكنها عندما تظهر على خشبة المسرح يتم علاجها . ويذهب أنصار هذا المنهج إلى أن العلاج يفوق المناقشات النظرية أو الحلول النظرية للمشكلات الإنفعالية[1] .

---

(١) Harper, R. A., Ibid.

العلاج الجماعي التحليلي :

لقد اهتم ويندر Winder وغيره في الثلاثينات بممارسة العلاج الجماعي المستمد من المناهج التحليلية ، حيث اهتموا بالإستبصار ، وبالتحويل من مريض إلى آخر ، وبعملية التفريغ أو التصريف الإنفعالي ، وبالتفاعل بين المرضى وإستخدام التداعي الحر مع جماعات يتراوح عددها من ٤ : ٦ أفراد كانوا يخضعون أيضاً للعلاج الفردي . وأكبر نشاط تم في العلاج النفسي الجماعي التحليلي هو نشاط سلافسون Slavson الذي أسس رابطة أمريكية لهذا الغرض ، ويؤكد أهمية إختيار أعضاء الجماعة على أسس مثل تشابه الأعراض ، والرغبة في العلاج ، والذكاء ، كما يعتمد على التلقائية وتكمن أهمية الجماعة في أنها تسمح بالتعبير التمثيلي عن الدوافع الغريزية . ويختلف سلافسون عن مورينو في توجيه الإهتمام والتركيز نحو المريض وليس نحو الجماعة التي هي مجرد وسيلة لتسهيل العلاج والإسراع به ، ويقصد بذلك علاج الفرد ، وتكون وظيفة المرضى الآخرين أنهم بدائل للإخوة يحول إليهم المريض إنفعالاته كما يحولها للمعالج . وهنا تعدد لأهداف التحويل . والهدف من العلاج هو سهولة الإتصال باللاشعور . ويقابل المعالج تحويل المريض بتقديم التفسير وتوضيح عدم واقعيته في التحويل نحو الجماعة ، ويستطيع المريض نفسه أن يلمس الإستجابات التحويلية عند زملائه المرضى . وإنقسام التحويل وتوزيعه على أفراد الجماعة بدلاً من تركيزه على المعالج وحده يسهل ويخفف من العبء الملقى على عاتق المعالج في التخلص من هذا التحويل . ويجد المريض التشجيع والتعضيد والمثل في كشف زملائه عن خبايا اللاشعور ، ولذلك يحذو حذوهم - ويشجع أفراد الجماعة زميلهم الذي يجد مقاومة في الإفصاح عن إنفعالاته ، يشجعونه على الإقتناع بتخفيف المقاومة . ولا ينبغي أن يضاف أفراد جدد إلى الجماعة بعد تكوينها بمدة كبيرة .

العلاج الجماعي المتمركز حول الجماعة :

يطبق هذا المنهج نظريات العلاج النفسي الفردي المتمركز حول العمل

على الجماعة ، فيقوم على أساس الإعتقاد بأن الفرد يحتاج إلى الشعور بأن الجماعة تقبله فيشعر بالقبول من قبل الجماعة ومن قبل المعالج . والغالب أن يجري المعالج مقابلة فردية للشخص الذي يرغب الإنضمام إلى الجماعة فيشرح له كيفية عمل الجماعة ويتيح له فرصة الإنضمام أو عدمه ويؤدي ذلك إلى الشعور المتبادل بالأمن .

وتتألف الجماعة من نحو ستة أشخاص ، وتتكون أحياناً جماعات الأزواج وزوجاتهم ، والغالب أن يتم الإختيار على أساس السن ودرجة الإضطراب ، فهناك جماعات لمرضى العصاب وأخرى لمرضى الذهان ، وهناك جماعات للراشدين وأخرى للأطفال .

وفي الغالب ما يعقد إجتماعان في الأسبوع ، طول كل جلسة ساعة ، وتستغرق فترة العلاج نحو عشرين جلسة وفي ضوء هذا لأسلوب لا يعد المعالج جدولاً للمناقشة ، وإنما الأعضاء يختارون بحرية مادة النقاش ، ودور المعالج إظهار القبول وتوضيح الإتجاهات والمشاعر ، وعكسها كالمرآة ، وتقع المسئولية الكبرى في العلاج على الأعضاء .

فلقد أسفرت الدراسات أن أعضاء الجماعة يكتسبون خبرة كبيرة في معالجة زملائهم ، وذلك بعد حضور عدد من الجلسات حيث تصبح الجماعة أكثر تسامحاً وتقبلاً وأقل نقداً وتفسيراً .

وبحكم وجود الفرد في وسط جماعة فإنه يكون أمام فرصة تكوين علاقات إنسانية متبادلة مع أي عدد من المرضى بدلاً من وجود علاقة واحدة مع المعالج .

وفيما يتعلق بالخصائص الشخصية للمعالج الناجح طبقاً لهذا الأسلوب لا بد أن يكون قادراً على توجيه الإحترام الإيجابي للجماعة ، وأن يكون واثقاً في

قدرتهم على تحمل مسئوليتهم ، وأن يكون قادراً على ضبط نفسه ، وألا يتدخل أو يفرض رأيه على الموقف[1] .

العلاج الأسري :

وهو أسلوب جديد من أساليب العلاج يهتم بالأسرة على أساس أنها المكان الذي يحدث فيه المرض ، وبالتالي المكان الذي ينبغي أن يوجه إليه العلاج .

ومن دعاة هذا الأسلوب ميدل فورت Midelfort الذي يرى أن المريض الإستحواذي ربما يوجد في أسرته من يعاني من هذه النزعة ، ومن يعاني من الاندفاع . ويرى أن الأسرة يوجد بها نزعات متعارضة كالإندفاع والجمود والإستحواذ .

وتنطبع هذه النزعات في الأطفال ، فيصبح كل فرد من أفراد الأسرة مصدر تهديد للآخر ، وعلى المعالج أن يزيل هذا التهديد ، وأن يساعد على وجود التشابه بين أفراد الأسرة ، فيدرب المندفع على ضبط دوافعه والتحكم فيها ، كما يدرب الإستحواذي على التعبير بتلقائية عن دوافعه . وهكذا يحقق نوعاً من التوازن ، ويؤدي ذلك إلى زوال كثير من الاعراض .

وفي المقابلات العلاجية يوفر المعالج جو التسامح والتعضيد فيشجع الإستحواذي حتى يعترف بنزعاته الإستحواذية ، وبذلك يشعر بالإسترخاء والراحة ، ويخفض هذا من حدة التوتر داخل الأفراد وداخل الأسرة ، ووظيفة المعالج تحليل مظاهر التفاعل التي تسود في وسط الأسرة ، ويتم العلاج بالجمع بين المريض وأسرته في الجلسات ، ويساعدهم على إعتناق الموضوعية ، وعلى إتباع أسلوب موحد في مواجهة مشكلاتهم . وللعلاج الأسري أهمية لأن الأسرة أهم الجماعات التي يسعى الفرد لإقامة علاقات معها بأقل درجة من التوتر .

---

(١) Harper, R. A., Ibid.

ولقد اهتم باخ Bach بالدمج بين نظرية المجال ، وهي نظرية جشطالية ، وبين منهج التحليل النفسي وذلك في إخراج صورة من صور العلاج النفسي الجماعي . لأنه كان يرى أن العلاج النفسي بصورته القديمة عبارة عن تطبيق لمناهج العلاج الفردي دون معرفة عميقة بطبيعة الجماعة وتركيبها ووظائفها . ويرى إبعاد عدة طوائف من الجماعات العلاجية منهم :

- الذهانيون الذين يبتعدون عن الواقع والحقيقة .

- أرباب الانحرافات الخلقية كالشواذ جنسياً والمجرمين ويمكن تكوين جماعة خاصة من هؤلاء .

- الشخصيات المتسلطة والسيكوباتية .

- الذين يعانون من مشاكل بيئية حادة كالطلاق الحديث أو موت عزيز عندهم .

فالفرد قد يقبل في مكان معين بينما وجوده في جماعة أخرى قد يهدد بالانهيار فوجود شخص عدواني في جماعة ما قد يهددها على حين قد يكون وجوده مقبولاً في جماعة أخرى .

ويرى باخ أن التجانس الزائد بين أفراد الجماعة أمر غير مرغوب ، إذ لا بد من وجود خبرات إجتماعية عريضة داخل الجماعة ، بحيث تكون الجماعة ممثلة حقيقة لقطاع معين من قطاعات المجتمع . أما الذكاء فلا ينبغي أن تكون الفروق الفردية فيه بين أفراد الجماعة واسعة جداً ، بحيث يسهل الإتصال فيما بينهم . ويحدد باخ الأدوار التي ينبغي أن يقوم بها المعالج فيما يلي .

١ ـ أن يعكس ، كما تعكس المرآة ، الإتصالات التي تصدر عن الجماعة مع تبسيطها وتسهيل عملية فهمها .

٢ ـ أن يقدم بعض التفسيرات لبعض الإنفعالات التي تظهر .

٣ ـ أن يقوم بدور الخبير في الجماعة ، مع تشجيع الجماعة على عدم

إفشاء أسرارها ، فالأسرار لا تخرج عن دائرة الجماعة .

ولقد حاول كوفي Coffey تقديم فكرة فحواها أن الإضطراب الإنفعالي ينشأ من الصراع بين مفهوم الفرد عن ذاته وبين ما يوصله هو للآخرين عن ذاته . ويحدد الخطوات التي تمر فيها الجماعة العلاجية على النحو الآتي :

١ ـ مرحلة الدفاع والمقاومة حيث يعبر المرضى هنا عن الصراعات التي أدت إلى مشكلاتهم الإنفعالية . وينحصر دور المعالج بالتشجيع على التعبير الحر الطليق عن انفعالاتهم ومشاعرهم .

٢ ـ مرحلة الائتمان على الأسرار وفيها تناقش الأحلام والخيالات والخبرات الماضية . وهنا يقوم المعالج بالتعضيد والتوضيح والكشف عن مصادر الإنفعالات اللاشعورية . وهنا ينبغي أن تقوم علاقات إنسانية بين أعضاء الجماعة .

٣ ـ المرحلة التكاملية التوقعية حيث تتسع التفسيرات ويزداد شمولها ، ويقدم كل عضو ملخصاً شاملاً وتتكون هذه الجلسات من الجلسات السبع الأخيرة من بين مجموع الجلسات البالغ عددها ٢٤ جلسة . وهنا يصبح المريض واعياً لصراعاته ، ويستطيع تكوين وجهات نظر جديدة نحو نفسه ونحو الآخرين .

ولقد انتهج كلابمان Klapman منهجاً يقوم على أساس إعطاء محاضرات حول موضوع من الموضوعات ، كالأمراض العقلية ، أو الصراعات وعلاقة المريض بالمجتمع ، والصحة العقلية ، ثم تناقش مادة هذه المحاضرات بمعرفة الأعضاء . ويتضمن هذا المنهج أيضاً تكليف الأعضاء بالقيام ببعض القراءات ومناقشتها ، وكتابة تاريخ الحياة ، ومناقشة الموضوعات العامة . وهذا المنهج عبارة عن محاضرات دراسية في الصحة العقلية للمرضى .

وهناك أسلوب يستخدم في المستشفيات الكبيرة يطلق عليه العلاج عن طريق الدائرة المستديرة ، حيث يقوم سبعة من المرضى بمناقشة عرض مشكلة واحد منهم أمام عدد من المستمعين هم باقي المرضى في عنبر معين . ويزيد هذا

الأسلوب من فاعلية الأساليب العلاجية الجماعية ، ومن فاعلية العلاج الفردي ويؤدي إلى رفع الروح المعنوية لنزلاء المستشفيات وللعاملين فيها[١] .

متى يمكن إنهاء العلاج الجماعي أو التوقف عنه ؟

يحدث ذلك بالطبع عند تمام الشفاء recovery أو التحسن العلاجي ، أو عندما يتبين أنه لم يحدث أي تحسن أو شفاء ، وذلك لعدم مواءمة المريض مع جماعة معينة أو مع العلاج الجماعي كأسلوب ، ففي مثل هذه الحالة يصبح المريض عاملاً معوقاً داخل الجماعة ، أو ربما يشعر بالألم الشديد نتيجة لإختلاطه بالجماعة ، وعدم قدرته على التوحد معها . وفي جميع الحالات التي ينتهي فيها العلاج يجب أن يترك الباب مفتوحاً أمام المريض للعودة ثانية ، لتلقي العلاج ، أو للحصول على مساعدات علاجية أخرى تصبح ضرورية من أجل تكيفه . ولتسهيل هذه العملية تشكل مجموعات من خريجي المستشفيات post-hospital groups في العيادات الخارجية وتستمر لمدة طويلة من الزمن ، ولكن اللقاءات فيها أقل نسبياً ، وذلك لمساعدة المريض للمرور في مرحلة الإنتقال من الحياة في المستشفى إلى الحياة في المجتمع الخارجي .

بالنسبة لتقويم نتائج العلاج الجماعي فما زال هناك حاجة ماسة لإجراء مزيد من البحوث والدراسات الخلقية للتأكد من جدواها وفاعليتها . وإن كانت النتائج حتى الآن مبشرة ليس فقط مع أصحاب الحالات البسيطة كالعصاب بل أيضاً مع مرضى الذهان . ولكن هذا النجاح لا يعني بطبيعة الحال أن يستبدل العلاج الفردي بالعلاج الجماعي أو أن يحل محله كلية ، بل إن العلاج الجماعي ما هو إلا امتداد لأسلحتنا في العلاج . والوضع المفضل هو إستخدام المنهجين معاً أي المنهج الفردي والجماعي .

هناك بعض العمليات المساعدة لعملية العلاج النفسي من ذلك عملية العلاج التعليمي educational therapy والعلاج المهني occupational والعلاج الترفيهي recreational therapy والإقامة في المستشفى كنوع من العلاج .

---

(١) Harper, R. A., Ibid.

الفصل الحادي عشر

العلاج بأساليب متنوعة

العلاج التعليمي :

أن كل علاج هو بمعنى من المعاني ضرب من ضروب التعلم ، لأنه يستهدف إعادة تعلم الفرد إنفعالياً ويمكن تمييز العمليات الآتية من العلاج التعليمي .

١ - العلاج الكتبي Bibliotherapy

ويتضمن الكتب والكتيبات والنشرات وغير ذلك من المواد التي تقرأ . ولها قيمة كبيرة في إدراك المريض أن للآخرين مشاكل تشبه مشاكله ، كما تساعده في فهم ذاته ، وتنمية هذا الفهم الذاتي . وفي الغالب أننا في أثناء قراءة الأدب أو غير الأدب فإن المريض سوف يتعجب قائلاً : « إن هذه هي نفس مشكلتي بالضبط !! وعلى الرغم من أن عبارته هذه قد تكون خطأ أو صواباً إلا أن هذا يعكس لنا كيف يفكر هو في مشكلته ، وكيف يعتبرها ، وقد تجعله هذه القراءة أكثر إستعداداً للإستفادة من العلاج ولكن كيف يمكن تحديد مادة القراءة ؟

يتم إختيارها في ضوء حاجات المريض وقدراته العقلية ، وغالباً ما تبدأ القراءة بمادة سهلة سلسة . ولا يمنع أن تكون مادة نفسية تتحدث عن الصحة العقلية بصورة مبسطة .

٢ ـ من العوامل المساعدة على عملية العلاج أيضاً ، إلى جانب قيام المريض بالقراءة ، الوسائل السمعية والبصرية المعينة audio-visual aids . ففي السنوات الأخيرة تم إنتاج عدد كبير من الأفلام الطبية العقلية والتي توضح العوامل التي تحيط بالمرض العقلي ، وبأنماط السلوك الغير صحية بصورة مفعمة تفيد في تنمية الإستبصار والوعي ، وفي إعادة التعلم الإنفعالي . وفي الغالب ما تعرض الأفلام في جلسات جماعية ، ولكن يمكن أيضاً الإفادة منها بصورة فردية . ومن الجدير بالذكر أن الوسائل السمعية والبصرية لا تقتصر على الأفلام وإنما أيضاً تشمل الصور واللوحات والرسوم البيانية والأشكال التوضيحية والخرائط والنماذج والعينات والنصوص والملصقات . . الخ .

٣ ـ الإجراءات التعليمية الرسمية formal educational procedures . لا يقصد بهذا المنهج مجرد إعطاء محاضرات رسمية حول مختلف الإضطرابات العقلية ، لأن هذا المنهج تبين عدم جدواه . إنما هذا الإتجاه يتضمن تعليم عدد من المهارات الإجتماعية للمرضى مثل الرقص واللبس والذوق الحسن فيه ، والتصرف في الأمور المالية ، لعب التنس أو غير ذلك من الرياضات الجماعية وهكذا . وعلى مستوى أكاديمي أكثر بعض المستشفيات تعقد حلقات دراسية لتعليم اللغة والحساب وغير ذلك من الموضوعات حتى المستوى الثانوي ، بل الجامعي أيضاً . وبذلك يتعلم المريض العادات الإجتماعية ويملأ جوانب النقص في تعليمه الرسمي .

العلاج بالعمل وبالترفيه Occupational and Recreational Therapy

معظم المستشفيات العقلية في الوقت الحاضر تحتوي على العلاج بالعمل وبالترفيه كجزء من نشاطها العلاجي . وبالنسبة للعمل هناك أنواع مختلفة من العمل تصلح لأنواع مختلفة من المرضى . فليس أي عمل يصلح لعلاج أي مريض . فمرضى المانيا Mani patients الذين يتسمون بسرعة الحركة وزيادة الطاقة ، تتم تهيئتهم عن طريق العمل التكراري الهادىء ، وأصحاب الشعور

بالذنب والإكتئاب ربما أمكن تسكينهم بالأعمال اليدوية البسيطة أو أعمال الخدمة . وعلى ذلك يمكن وصف عمل ما كجزء من برنامج علاج مريض معين .

كذلك الأحداث والمناسبات الإجتماعية حيث تقدم فرص الرقص والشاي والإنتاج المسرحي والسينمائي . وفي هذا فرصة لمقابلة المريض لغيره من الناس ، وإزالة شعوره بالعزلة ، وإزالة الشعور بالبعد عن العالم الخارجي ، وتنمية القدرات المطلوبة للعلاقات الشخصية وعملية التطبع الإجتماعي من العمليات الضرورية للمرضى المساجين . كذلك يسهم إشراك المرضى في المناشط الرياضية athletics . حيث تشمل من المستشفيات برنامج للنشاط الرياضي ، ويتضمن ألعاب مثل كرة السلة والكرة الطائرة وكرة اليد وغير ذلك من الألعاب الجماعية ، حيث يشترك كل مريض في البرنامج الذي يرغب فيه وهنا يتوفر نوع من العلاج الطبيعي ، وفي نفس الوقت يتدرب المريض على العمل في جو الفريق أو الجماعة ويتعلم أو يتعود على أن يتقبل الهزيمة بروح رياضية ، والمكسب بدون غرور ، وكيفية مواقف التنافس تلك المنافسة التي لا بد له من أن يقابلها في الحياة خارج المستشفى :

العلاج الموسيقي Musical Therapy :

يتصل بالمناشط العلاجية السابقة إستخدام الموسيقى في العلاج . منذ قديم الزمان والموسيقى تستخدم لإنتاج تأثيرات إنفعالية ، مختلفة ، فهناك الموسيقى العسكرية أو الحربية التي تثير الحماسة martial music . وهناك الموسيقى الناعمة الهادئة التي تجعل الطفل يستغرق في نومه ، والموسيقى المثيرة كما توجد في الرقص البدائي والرقص الحديث . كما هو الحال في أساليب العلاج الترفيهي يشجع المريض على تعلم التعبير عن نفسه عبر آلة موسيقية معينة ، والمعالج يستطيع أن يثير أو يهدىء أو يعدد الإنفعالات الثائرة ، أو الروح المعنوية الهابطة عن طريق الموسيقى المثيرة أو الهادئة .

لقد استخدم كل من ميتشل وزانكر Mitchell and Zanker إستخدما الموسيقى كأسلوب في العلاج ، ووجدا لها قيمة كبيرة في تنمية تماسك الجماعة ، وتقوية العلاقات الشخصية الداخلية ، وفي إطلاق الإنفعالات ، وفي المساعدة على خلق التكامل في الشخصية . ومن الجدير بالذكر أنهما وجدا أن الموسيقى التقليدية والأغاني الفلكلورية كان لها أكبر تأثير في تحقيق هذه النتائج .

ولكن على كل حال ، إستخدام الموسيقى في العلاج ما زال في مرحلة الطفولة ويحتاج لكثير من التجارب لإمكان الاستفادة الكلية من الموسيقى كأداة من أدوات العلاج النفسي .

العلاج عن طريق النشاط والعمل :

لا يتركز العلاج الجماعي دائماً حول المناشط اللفظية وإنما قد يتركز حول الفنون أو الأعمال المهنية . ومن الدراسات الهامة في هذا الصدد دراسة سلافسون Slavson ١٩٤٣ ، على الأطفال الذين كان يتراوح عمرهم ما بين ٧ : ١٥ سنة وتم إختيار الأعضاء على أساس الأثر العلاجي المطلوب ، فمثلاً الطفل العدواني وضع مع طفل منسحب ، والطفل الغير ناضج مع طفل أكثر نضوجاً . وكان هؤلاء الأطفال يجتمعون في غرفة الأشغال ، ويجلسون على موائد متحركة ويزودون بالعدد والآلات والألوان والورق والصلصال والمعادن وما إلى ذلك . ويزاولون النشاط الحر لمدة ٦٠ ـ ٩٠ دقيقة . يختار كل طفل المشروع الذي يرغب العمل فيه . ولا يحدد لهم أي هدف وإنما تترك لهم الحرية لإظهار دوافعهم وعدوانهم وأوهامهم حتى إلى درجة ارتكاب الأعمال العدوانية الموجهة ضد شخص المعالج . ولا يمارس المعالج ، أي ضغط على الجماعة ، ولا يضع أي قيود على سلوكهم . وإنما يعضد الطفل الخائف أو الضعيف بالوقوف بجانبه ، ويلبي دعوات الأطفال للمساعدة . وقد يخرج معهم في نزهة ، وقد يعدون الطعام لغذائهم معاً . وبعد ذلك يناقش المعالج مع باقي المشرفين على الأطفال سلوكهم وإنتاجهم . ويرتبط العلاج الجماعي بالعلاج عن طريق العمل

occupational therapy (O.T.) حيث يجتمع المرضى في العنبر مع المعالج ويناقشون الأعمال التي يتضمنها العلاج بالعمل ، ويتخذون قرارا جماعياً بذلك ويناقشون كذلك أي توتر ينشأ أثناء العمل ، كذلك ما يجده المريض من مشاكل خاصة بالعلاقات الشخصية أو بالإتصال . وقد يحددون نوع العمل أو المشروع الذي يعملون فيه ، ويذللون العقبات التي تقابلهم . يضاف إلى ذلك أن إنتاج شيء ما مادي ومحسوس بأيدي المرضى له قيمة علاجية في حد ذاته ، فضلاً عما يقدمه من فرص للتعبير عن الإنفعالات ، وللاتصال بالآخرين ، والتعاون معهم وتقسيم العمل وحل مشاكل النقص في المواد أو الخامات أو الآلات .

وينبغي ألا يتجاوز العمل المطلوب قدرات المرضى ، وإن كان الأفضل أن يكون فيه شيء قليل من التحدي لقدراتهم ، ولكن ليس إلى حد إشعارهم بالفشل والإحباط frustration . ويمكن أن يرتبط العلاج الجماعي بأي نشاط آخر كالنشاط التربوي أو المهني أو الفني أو المناشط الترويحية أو الثقافية ، كإصدار مجلة للمستشفى أو إعداد مسرحية ما ، أو الإشتراك في المباريات الرياضية أو إعداد حفلة ما والإحتفال بالمناسبات الوطنية أو مشاهدة الأفلام السينمائية ، وذلك بقصد تغيير اتجاهات المرضى .

وبعد العرض تتم مناقشته بواسطة المرضى وتشمل الأدوار والشخصيات ، ومشاعر المرضى نحو أحداث الفيلم ، وقد يعرض جزء من الفيلم ثم يتوقف العرض ، ويطلب من المرضى أن يدلوا بتوقعاتهم لما سيحدث في بقية القصة ، ثم يستكمل العرض وتقارن الجماعة بين نتيجة الفيلم وتوقعاتهم الشخصية . وهناك أفلام معدة خصيصاً لإظهار مشاكل مثل العدوان والوحدة والإنطواء وما إلى ذلك . وهناك أفلام أخرى تعتمد على الألوان والمناظر الجميلة والموسيقى الحالمة ، لكي تسبب الراحة في نفوس المرضى .

كذلك يستخدم الإنتاج الفني كالمثالة والرسم والتصوير في العلاج الفردي والجماعي » ويحكم المرضى بعد ذلك على إنتاجهم وإنتاج غيرهم . وقد تعد

جماعة المرضى معرضاً فنياً لإنتاجها ، وقد تعمل في مشروع فني كبير كتزيين العنبر كله وإلى جانب الإنتاج الفني ربما يتضمن نشاط الجماعة التذوق الجمالي ، حيث يختار المعالج عدداً من الأعمال الفنية ويعرضها على المرضى ويسألهم عن آرائهم وأفكارهم ومشاعرهم نحوها . وهكذا نرى أن العلاج الجماعي قد يكون لفظياً أو عملياً .

وبالنسبة للعلاج بالموسيقى يمكن أن تستخدم بمفردها أو تستخدم في تكامل مع العلاج الجماعي ، وتساعد الموسيقى في تفريغ الشحنات الانفعالية وإزالة التوتر . وتستمع المجموعة إلى قطع موسيقية ، أو يشترك المرضى أنفسهم في لعب الموسيقى وقد يشترك المرضى في اختيار القطع الموسيقية الكلاسيكية أو الحديثة . . . ويلاحظ المعالج ردود فعل المرضى وتفسيراتهم لكل قطعة موسيقية ويمكن أن تشترك الموسيقى مع الإنتاج الدرامي أو مع الغناء .

العلاج عن طريق المكتبة :

تستخدم المكتبة ، كأحد أنشطة العلاج الجماعي لتنمية اهتمامات المرضى بالقراءة ولتعريفهم بالمصادر الأدبية المتوفرة ، ويساعد ذلك في توسيع آفاقهم العقلية ويجذب عقولهم بعيداً عن التمركز في ذواتهم . وهناك كثير من التراث المكتوب الذي يتصل بمشاكل المرضى ، فالتراث يحتوي ولا شك ، على كثير من المشاكل التي تشبه مشاكل المريض ، ولكن تحديد ما يقرأه المريض يحتاج إلى خبرة واسعة من قبل المعالج بكثير من الحقائق النفسية والتربوية ، وخاصة طرق تدريس الأدب وتذوقه . وبعد أن يقرأ جميع أفراد المجموعة نفس المادة المختارة تتم مناقشتها بمعرفة الجماعة كلها . ويمكن أن تتم القراءة في أثناء اجتماع الجماعة ويشترك الجميع في التفسير . ويمكن تمثيل بعض الأجزاء أثناء القراءة كذلك يمكن أن يتم التداعي الحر مع بعض المواد المقروءة . ويمكن أن تثير القراءة الأدبية روح الإبداع في الكتابة بين أعضاء الجماعة كما توفر لهم الفرصة للتعبير عما يفعلونه لو كانوا في مكان الشخصيات التي يقرأون عنها وليس من

الضروري أن تكون المختارات من الكتب وإنما من الممكن أن تكون من الصحف والمجلات التي تتناول الأحداث الجارية .

الإنتاج الفني Art productions :

يستخدم الانتاج الفني كوسيلة من وسائل العلاج النفسي ، من ذلك الرسم والمثالة والصلصال والتصوير والنحت على الخشب والحفر . وتساعد هذه الأعمال في إطلاق سراح المشاعر ، كما تؤدي إلى شعور المريض بالفخر والزهو والتكامل الذي ينتج عن التعبير عن الشخصية في العمل الإبداعي . وكثير من إنتاج المرضى يصل إلى مستوى مقبول بحيث يعرض في معارض المستشفيات .

العلاج التنويمي Hypnotherapy :

يحاول وولبرج اعادة الثقة في استخدام التنويم المغناطيسي في العلاج النفسي ، ويعتقد أن التنويم في حد ذاته ليس له أي فائدة علاجية ، ولكنه يفيد فقط إذا ارتبط بمناهج علاجية أخرى وأهم تأثير للتنويم انه يزيد من قابلية المريض للايحاء ، بإزالته عوامل مقاومة المريض ، ورفضه الافصاح عن مشاعره . ويساعد التنويم في ازالة العرض المرضي في الحالات الشديدة التي يكون العرض فيها عائقا لحدوث مزيد من التقدم في العلاج ، وبذلك يمكن للمريض تقبل أنواع أخرى أكثر عمقاً من العلاج .

ومن الأعراض الأساسية التي تستجيب للتنويم المغناطيسي الأعراض الهيستيرية كفقدان الذاكرة والشلل ، وفقدان القدرة على النطق ، والعمى ، وفقدان النوم ، وقضم الأظافر ، والشراهة في الطعام أو الشراب أو التدخين .

ومن الممكن في إعادة التعلم غرس عادات وإتجاهات جديدة تساعد المريض على التكيف الحسن .

والتحليل النفسي تحت التنويم يساعد في ازالة المقاومة أو تخفيفها ، بحيث تفيض أو تخرج العناصر المكبوتة إلى الوعي والشعور . ومن العوامل المساعدة احداث الأحلام أثناء التنويم ، والكتابة الأوتوماتيكية ، والتمثيل التنفيسي ،

والتحديق في مرآة ، والتداعي الحر أثناء الإغفاء والرسم تحت تأثير التنويم ، واحداث صرعات تجريبية ، والنكوص واحياء الخبرات القديمة . ويمكن أن يحدث التحويل أثناء التنويم ولكن تناوله تناولاً سلبياً ، يساعد على فاعلية العلاج ونجاحه .

ولكن للعلاج بالتنويم حدوداً منها أنه لا يمكن تنويم جميع الأشخاص إلى درجة العمق المطلوبة للعلاج ، وأن ما يكشف عنه المريض قد يكون مجرد خيالات ، وليس ذكرى حقيقية ماضية مما يصعب على المعالج تمييزه عن الذكريات الحقيقية . كذلك قد يؤدي النكوص إلى بعض الخطورة .

العلاج التجريبي أو الخبروي Experiental therapy :

من دعاة هذا النمط من العلاج كارل هويتكر Whituker وتوماس مالون Malone ، ويهتم هذا المنهج بنمو الكائن البشري ونضجه وتكامله وكفائته . والعلاج يهتم بنواحي النقص في نمو المريض . فالكفاءة تنمو عن طريق الخبرات الإجتماعية والتربوية . والعلاج النفسي يستهدف تنمية العلاقات الإنسانية عند المريض .

في بداية العلاج يجب عزل الخبرة العلاجية عن غيرها من الخبرات الأخرى . وأن يوضح المعالج للمريض أنه يعرف نواحي النقص والنضج عنده ويجب أن يكون المعالج صامتاً في أول العلاج أو يستجيب استجابات غير لغوية . ويقدم العلاج على أساس تبادل الخبرات بين المريض والمعالج ، ويمكن أن يستخدم المعالج العدوان والاحتكاك الجسماني لزيادة الإتصال ، ولكن أنصار هذا المنهج ينصحون بعدم إستخدام مثل هذه الوسيلة إلا بواسطة المعالج الخبير المحنك حتى لا يساء استخدامها . فقد يقص المعالج على المريض الحلم الذي رآه هو أثناء العلاج والعبارة الآتية التي يقولها المعالج للمريض تلخص فحوى هذا المنهج .

إن كلانا مريض ، دعنا نرى اذا ما دخلنا معاً عالم التخيل اذا كان يمكن

أن يساعد كل منا الآخر في تحقيق ذاتيتنا الحقيقتين ، وبهذا الشكل نخرج مرة ثانية إلى العالم الخارجي أكثر قدرة على مواجهة مشاكل الواقع .

العلاج بطريق الظلال Shadowing technique :

ويعتمد هذا الأسلوب في علاج التعلثم stummering على أن اضطراب المريض يزداد عندما يستمع المريض لتلعثمه ، وإذا استطعنا أن نغطي على سماعه لنفسه أثناء القراءة الجهرية فإنه يقرأ بثقة . والغالب أن يستمع المريض في أثناء قراءته إلى تسجيلات سابقة يكون قد سجلها تعمل كنوع من الغطاء أو التمويه على سماع تلعثمه .

الاقامة في المستشفى Hospitalization :

إن مجرد الإقامة في المستشفى بصرف النظر عما يتلقاه المريض من علاج طبي ونفسي لها قيمة علاجية في حد ذاتها فقد تبعد المريض من جو محبط يشعر فيه بأنه لا حول له ولا قوة ، كما يشعر باليأس ، وتعطيه المستشفى فرصة لكي يتنفس الصعداء ، وفرصة لتقوية دفاعات الذات عنده ، وذلك في جو من الأمان البيئوي ، وعلاوة على ذلك فإنها توفر له كثيراً من المناشط كالوجبات الصحيحة ، والراحة الكافية ، والتمرينات المفيدة وغير ذلك .

إلى جانب هذه الوسائل العلاجية هناك ما يعرف باسم علاج الإسترخاء relaxation therapy وفيه يهاجم المعالج مباشرة شعور المريض بالتوتر أكثر من معالجته لأسباب ذلك التوتر ، وهناك علاج المعاني semantics وفيه يوجه الإهتمام نحو الفهم الحقيقي والصحيح لدور اللغة والرموز في تشكيل اتجاهاتنا وفي استجاباتنا الإنفعالية .

ومن استعراض هذه الوسائل والأساليب العلاجية يتضح لنا أن كل نشاط حياة المريض وعلاقاته الشخصية ذات تأثير ما على شخصيته وعلى وظائفها ، ويمكن توجيه هذه الجوانب واستغلالها لتحقيق اغراض علاجية .

الفصل الثاني عشر

أساليب العلاج الجشطالتي

لقد نشر أول كتاب في العلاج الجشطالتي gestalt therapy منذ أربعة وعشرون عاما (١٩٥١) من تأليف بيرلز perls ومنذ ذلك التاريخ وهناك محاولات كثيرة للإبتعاد عن الماضي الفرويدي ، مع التركيز على الأحداث الحاضرة في حياة المريض present experiences ، أي المشاكل القائمة في الوقت الحاضر الآنية في حياته اليومية ، وذلك من أجل تنمية أو تغذية الإبداع في الفرد وفي علاقاته بالعالم المحيط به .

ويتضمن هذا المنهج في العلاج إدخال العملية العلاجية حيث يحث دائماً على أن يحدد ويوضح أهدافه ، وينمي وعيه وأن يصل بنفسه إلى قراراته ، أكثر من إنتظار الشفاء والحكمة تهبطان عليه من المعالج . فهذا المنهج يركز على ما يوجد هنا والآن here and Now . وفي هذا العلاج يوجه الاهتمام نحو التعبير غير اللفظي للمريض ، وإلى نغمة صوته ، وحركاته وأوضاعه الحركية وتعبيرات وجهه . فالاتصال المعتمد هو الاتصال غير اللفظي .

إن العلاج الجشطالتي ، على العكس من التحليل النفسي ، لا تضيف إلا القليل للتفسير الدينامي للأمراض النفسية ، إنه علاج أكثر منه نظرية ، إنه فن أكثر من كونه نظام سيكولوجي ولكنه مثل التحليل النفسي ، يتضمن خلفية

فلسفية ، وأكثر من ذلك إنه يرتكز على موقف فلسفي ضمني ينتقل من المعالج إلى المريض في أثناء اجراءات هذا العلاج دون ما حاجة إلى الشرح . إن فلسفة الحياة philosophy of life توفر الخلفية المطلوبة للعلاج الجشطالتي ، بالمثل كما يمثل نوع معين من علم النفس الأساسي للعلاج التحليلي . إنه منهج بعيد عن الوعظ والارشاد وإن كان المعالج ينقل إتجاهاته بالعمل بالمثل كما ينقل لك المثال فكرته من رؤية التمثال الذي صنعه بفنه .

المبادىء في اخلاقيات العلاج الجشطالتي :

يضع نارانجو Naranjo ٢٠ عدداً من المبادىء الخلقية المتضمنة في العلاج الجشطالتي منها :

١ ـ عش الآن ، إهتم بالحاضر أكثر من الماضي أو المستقبل .

٢ ـ عش هنا ، تعامل مع ما هو حاضر أكثر مما هو غائب .

٣ ـ قف عن التخيل ، اخبر الواقع أو الحقيقة .

٤ ـ قف عن التفكير الغير ضروري ، والأحرى أن تتذوق وأن ترى .

٥ ـ عبر أو أفصح أكثر من المناورة أو الشرح ، أو التبرير أو الحكم .

٦ ـ إستسلم لعدم السرور والألم كما تستسلم للذة ، فلا تقيد وعيك .

٧ ـ لا تقبل عبارات ينبغي ، أو يجب ، الا إذا كانت صادرة من اعماقك أنت ، لا تطع الأفكار المميتة .

٨ ـ تحمل كامل المسئولية عن أعمالك ومشاعرك وافكارك .

٩ ـ إستسلم لكونك كما أنت .

ويفضل نارانجو اختصار هذه المبادىء في ثلاثة رئيسية هي :

أ ـ إعط قيمة الواقعية أو العملية actuality .

ب ـ اعط قيمة للادراك أو الوعي ولقبول الخبرة .

جـ ـ اعط قيمة لفكرة الكلية أو المسئولية[1] .

والمعروف أن الجشطالت مدرسة نفسية ألمانية تهتم بتفسير السلوك والادراك والتعلم ، وتعطي أهمية للكل أكثر من الجزء ، وترى أن الجزء يتأثر بالكل الذي يحتويه ؟ وأن الجزء يكتسب دلالته ومعناه من الكل ، وأن هذا المعنى يتغير بتغير الكل الذي يحتويه . ولقد قام كل من فردريك ببرلز Perls ورالف هافرلاين Hafferline وبوول جودمان Goodman بوضع كتاب عن العلاج الجشطالتي ظهرسنة ١٩٥١ في الولايات المتحدة الأمريكية .

ويمثل التفاعل بين الشكل والأرضية محور الارتكاز في عملية العلاج الجشطالتي فالشخص السليم قادر على أدراك الشكل والأرضية بحيث يبرز الشكل فوق الأرضية مع إمكان المرونة في هذا الادراك فالشكل عند العصابي والفصامي يكون جامداً ، والشكل والأرضية يتسمان بالخلط والجمود عند الشخص المضطرب . وعلى الفرد أن يفهم البيئة والمحيطين به . وعلى المعالج أن يساعد المريض على أن يكون كلا أو صيغة كاملة عن نفسه أو جشطالت شخصيته .

ويرسم انصار هذا المذهب بعض التجارب والتمارين التي يؤديها المريض والمعالج لتحقيق الشفاء تؤدي إلى إدراك المريض للواقع إدراكاً جديداً[2] .

من مشاكل التقنيات العلاجية ما يلي :

١ ـ عدم اتفاق اساليب العلاج وتقنيات العلاج .
٢ ـ الفرق بين التقنيات الصناعية والاستجابة الأصلية .
٣ ـ التأكيد على المادة التاريخية واهمال الأحداث الراهنة .
٤ ـ البعد في المكانة بين المعالج والمريض لا ينبغي أن ينظر المعالج

---

(١) Naranjo, C., present- conterdners, technique, prescrption and ideal, cited in Gestalt therapy, ed. Ly, Fagan, J., Penguin Books.

(٢) Hairper, R. A., op. cit.

للمريض على أنه اقل أو مختلف عنه[1] .

٥ ـ البعد عن الموقف العلاجي ومواقف الحياة الحقيقية .

مهام المعالج النفسي :

يصف فاجان Fagan مهام المعالج النفسي بالقيام بعدة خطوات :

١ ـ التصنيف أو تشخيص حالة المريض بعد جمع المعلومات والأدلة على أعراضه وظروفه وتاريخه المرضي وظروفه الراهنة .

٢ ـ الضبط أو التحكم control وإقناع المريض لاتباع الخطة التي وضعها المعالج . والبعض يتصور عملية العلاج كمعركة على التحكم بين المعالج والمريض يجب أنْ ينتصر فيها المعالج . وكما يقول وايتواكر Whitaker على العلاج أن يبدأ بمعركة therapy has to begin with a fight معركة حول من يتولى السيطرة أو التحكم في محتوى العلاج . على أن هذا التحكم ليس ضرورياً في بداية العلاج .

٣ ـ الكفاءة في تغيير السلوك المرضي وعلى المعالج أن يعجل من سرعة شفاء المريض وأن يعطي المريض المساعدات التي يحتاجها . والمعروف أنه لا يكفي تحديد الأعراض لازالتها إنما من الضروري تحديد الوظائف الإيجابية المتوقعة . وينبغي إيجاد أفضل وسائل الإتصال المتبادل وقصر عوامل التشتت على الحد الأدنى منها .

٤ ـ إنسانية المعالج ، يجب أن يكون المعالج إنساناً في تعامله مع المريض وأن يعتني به على المستوى الشخصي والإنفعالي وأن يشارك المريض مشاركة وجدانية وأن يكون مثالاً للمريض يقتدي به . ففي بعض الأحيان يحتاج المريض إلى إعادة تعلم وهنا يقوم المعالج بدور الأب في إعادة تعليمه relearning .

---

(١) Fagan J. and Shepherd Edly Gestalt Psychology, p. 98.

٤ - يجب أن يكرس المعالج حياته للعلاج وللمرضى وللبحث العلمي في مشاكل مرضاه وأن يشتق لذة من إهتمامه هذا وأن يواصل تنمية خبرته ومعارفه بهذا الميدان ونمو فهمه بالمرضى والأمراض ، كما يهتم بكل مريض يأتي لتلقي العلاج عنده .

لقد ابتكر بيرلز Perls العلاج الجشطالتي من ثلاثة مصادر أو منابع هي :

١ - التحليل النفسي .

٢ - الفومونولوجيا الأوروبية - الوجودية european phenomenology existentialism .

٣ - وعلم النفس الجشطاني .

ولقد وضع نظرية في الشخصية ومنها يمكن أن تشتق أساليب العلاج . ومن بين وسائل الشفاء وعي المريض لذاته ولبيئته وتنمية قواه الحسية ويساعد على الشفاء أيضاً إعادة التكامل بين الإنتباه والوعي أو الادراك reintegration of attention and awareness وعلى المعالج أن يساعد المريض في فك السدود التي تحول دون الوعي الصحيح . فالمعالج يساعد في إعادة بناء الظروف بحيث يستطيع المريض أن يحل مشكلته بنفسه عن طريق الاستخدام الأمثل لقدراته ويكثر المعالج من اسئلة ماذا ، ولماذا وكيف ومتى ؟

ويعتقد أنصار هذا المنهج أن الاضطراب يحدث في الشخصية نتيجة لحدوث خلل في عمليات الاسقاط والقمع والكبت أو النكوص وسلب الحساسية والامتصاص أو الاستدماج introjectior في إحدى المؤتمرات التي عقدت في مدينة نيويورك عام ١٩٥٩ أجاب الدكتور لورا بيرلز Laure Perls على بعض الأسئلة التي توضح إلى حد ما بعض أسس المنهج الجشطالتي في العلاج .

سؤال : ما الذي تعمله مع المريض المتردد وغير المتحمس للعلاج ؟

جواب : كل المرضى مترددون في شيء أو آخر أو في وقت أو آخر ومعظم

المرضى ليس لديهم الاستبصار الحقيقي لأهدافهم من العلاج وإنني لا أحترس من المرضى الذين يظهرون تحمساً أزيد من اللازم نحو العلاج . وعلى الرغم أنني لا اهتم بمن حول إلى المريض أو كيفية تحويله إلا أنني أهتم بالمريض كما يظهر نفسه أمامي في الجلسة . ويكفي أنه مدفوع بما يجعله يأتي إلى العلاج واركز على موجود عنده لأشجعه لكي يقدم على العودة في الجلسة المقبلة أو على القليل في إقامة إتصال مع المعالج .

سؤال : هل قمت بزيارة بعض المرضى في منازلهم ولماذا ؟

جواب : فقط في حالات المرضى عديمي الحركة وكان ذلك لعلاج حالات الخوف من الخلاء أو الأماكن المتسعة agoraphobia وبعد عدة اسابيع إستطاعوا الحضور إلى مكتبي لاستكمال العلاج .

سؤال : كيف تتعامل مع المريض الذي يتردد في دفع نفقات العلاج ؟

جواب : إن المريض الذي يرفض أو ينسى أن يدفع أجر العلاج يكشف عن تردده منذ البداية لا بالنسبة للنقود وحسب ولكن بالنسبة لكل شيء آخر : مواعيد الجلسات وإعطاء المعلومات والتعبير عن الآراء والمشاعر ومحاولة إجراء أي تجربة ، أو تقويم إتجاهاته واتجاهات الآخرين وأفعالهم . وعلى المعالج أن يبحث عن أسباب تردده فقد يكون ناتجاً من الخوف أو اضطراب في قيمة شعور طفلي ، ةأن يهتم به الجميع دون أن يدفع لهم أتعابهم أو أن يرد رعايتهم بأي طريقة اخرى . ويجب تشجيعه على الدفع بأي طريقة . وينبغي أن توضح له أن ما تعمله له لا يقدر بالمال ولا يعوض بالمال وإنما هو يدفع فقط نظيراً لوقتك وانتباهك . وإن كل ما يتم في الجلسة مخصص لخدمة حاجاته حتى تلك المطالب التي تجعله غير مرتاح أو قلق . ومن أجله هو يطلب منه المعالج أن يدفع بانتظام . في الغالب ما يقبل هذا الشرح العقلي على أنه عادل ولكن المريض لا يدفع بتلقائية إلا إذا تمت مداركة بقيمة . ومن ناحية أخرى فإن المريض المنتظم بالدفع ليس من الضروري أن يكون أكثر المرضى إستفادة من العلاج فلربما يستشعر ببعض

الرضاء« السري »من ارغام أسرته على التضحية والانفاق على العلاج ،أو ربما يرى هو أنه يشتريك بنقوده .وهناك المريض المتجول الذي يرغب في« التفرج »على آخر موديلات العلاج فيدفع أجر الدخول لمجرد رؤية ما يعترضه من أساليب علاجية وينتقل من معالج إلى آخر .

سؤال : هل تفترض أنك ترغب « لا شعورياً » أن يتحسن كل مريض من مرضاك ؟

جواب : إنني لا استطيع أن أجيب على هذا السؤال لأنني لا أعرف ماذا أريد « لا شعورياً » ولكن بقدر ما اعي وادرك أنني ارغب أن يتحسن كل مرضاي . ولكن إذا لم يتحسنوا فإنني ابحث فيما فشلت وفيما لم ادركه واساعدهم أن يدركوه في العلاقات المقبلة .

سؤال : هل تفترض أن كل وعيك ومشاعرك إذا شاركك فيها المريض لها قيمة علاجية ؟

جواب : إنني اشارك لفظياً فقط بالقدر الضروري لمساعدة المريض لإتخاذ الخطوة المقبلة بمفرده وأمنحه التعضيد للقيام بالمغامرة في إطار سوء وظائفه الحالية . وإذا اتصلت به أكثر من اللازم ربما أثرت فيه أثراً سلبياً كالقلق الذي لا يتحمل ، أو الهروب والمقاومة أو الشلل أو سلب الحساسية أو الإسقاط . وبالطبع فإن المريض يتعلم أن يدرك ردود فعلي حتى وإن لم تكن لفظية .

سؤال : هل تعبر عن مشاكلك الشخصية أو تاريخ حياتك في أي ظرف من الظروف ؟

جواب : ربما أشرح بعض المشاكل والخبرات من واقع حياتي الخاصة أو من حياة المرضى الآخرين إذا توقعت أن ذلك سوف يعضد أو يساعد مريضاً معيناً لفهم أكمل لموقفه وإمكاناته ، وبعبارة أخرى فقط إذا كان ذلك يساعده على أن يقوم هو بالخطوة التالية .

سؤال : كيف يمكنك التحكم في المريض الذي يمثل ؟

جواب : إن هذا السؤال يثير مشكلة . إن كل مريض في كل وقت يمثل بطريقة ما ونحن نسمي ذلك تمثيلاً فقط عندما يكون تمثيله غير مرغوب بشكل واضح وغير ملائم ومبالغ فيه ومبالغ في عدوانه ، بمعنى إذا كان يعوق تقدمه في النمو وفي إقامة العلاقات . ولكن المريض ربما يمثل عندما يتصرف بطريقة صحيحة مبالغ في صحتها وعندما يتكلم بطريقة عقلانية دقيقة . ويستمر في هذا التمثيل حتى يجد التعضيد الكافي للسلوك الملائم . ولا ينبغي على المعالج أن يعرقل أو يعوق هذا التمثيل الذي هو الوسيلة الوحيدة أمامه للتعبير وإنما مساعدته في بناء تعضيد ذاتي للقيام بالسلوك المتكامل المستمر . ولكن لا ينبغي أن يعاقبه المعالج على تمثيله لأن العقاب يقود إلى مزيد من السلبية .

سؤال : ما هي الإتصالات العلاجية الفيزيقية التي تعمل مع المرضى الذكور أو الإناث وهل هناك فرق بين الجنسين ؟

جواب : سوف أجيب على هذا السؤال الخاص بالاتصال الفيزيقي باختصار شديد . أنني سوف أستعمل أي إتصال فيزيقي مع المريض إذا كنت أتوقع أن ذلك سوف يساعد أو يسهل الخطوة التالية في وعي المريض بموقفه الحقيقي أو ما يفعله أو ما لا يفعله في هذا الموقف . وليس لدي قواعد خاصة للإناث والذكور من المرضى ، فلربما أشعل سيجارة أو أطعم مريضاً بالملعقة أو اصفف شعر فتاة ، أو اضع مريضاً على ركبتي إذا كان ذلك أفضل وسيلة للاتصال . أنني أيضاً ألمس المرضى وادعهم يلمسونني في بعض التجارب لزيادة الوعي بالجسد ، أو لمعرفة مواضع التوتر أو سوء التآزر الحركي أو نمط أو نسق التنفس أو الإرتجافات أو إنسياب الحركة في المريض . هناك كثير من الإختلاف في الرأي حول الإتصال الفيزيقي في العلاج . ولكننا إذا أردنا أن نساعد مرضانا للتحقق من ذواتهم كاناس يجب أن نكون نحن أنفسنا إنسانيين .

سؤال : ماذا ترى مدرستك في الطبيعة الأساسية للإنسان وكيف يؤثر ذلك في عمليات علاجك ؟

جواب : إنني أعتقد أن كل المسائل العلاجية وكل فكرة مفردة وكل فعل يتكون من مفهومنا الأساسي أو عقيدتنا الأساسية بما يجعل الإنسان إنساناً human . وإن كنا لا نعبر عن هذا الرأي صراحة . إن أهم شيء عندي هو كيف يمكن عمل الحياة صالحة للمعيشة أو صالحة للحياة livable لموجود أهم صفاته هو وعيه بذاته كفرد فريد وباخلاقياته والتذبذب بين هذين الهدفين يسبب كثيراً من القلق في مرضانا[1] إن الأول يعطيه الشعور بالقيمة والثاني الشعور بالخوف والاحباط .

ويقال في وصف قواعد العلاج الجشطالتي rules تستهدف القواعد توحيد الفكر مع الشعور ولمقاومة المقاومة وتنمية الوعي ومساعدة عملية النضج ولكنها لا تتكون من قائمة جامدة من الأوامر والنواهي وليس المقصود إتباع القاعدة حرفيا ولكن المهم هو تطبيق روح القاعدة . ومن بين هذه القواعد مبدأ الآن now بمعنى أن يعيش المريض حياته الآنية أو اللحظة الحاضرة المباشرة ومعرفة مفهوم ومضمون الخبرة الراهنة . والوجود في الآن being in the Now ولتنمية الوعي الآتي فإننا نشجع الإتصال في الزمن الحاضر . ما هي مدارك الآن أو الحاضرة ؟ ما الذي يحدث الآن ؟ ما الذي تشعر به في هذا الوقت الحاضر ؟ بل أننا نسأل ما هو آنك ؟ what is you now ولكن هذا لا يعني عدم الإهتمام بالماضي أو التاريخ . أننا نهتم به طالما كان جزءاً من الخبرة الراهنة للمريض . كذلك نحاول أن نساعد المريض على تجنب التفكير العصابي في المستقبل .

مبدأ أنا وأنت :

من المبادىء الهامة أن يتعلم المريض ألا يخاطب المجهول أو الهواء الطلق وإنما يخاطب شخصاً محدداً يقف أمامه . إن الاتصال لا بد أن يتضمن المرسل

(١) Fagan, J' and Shepherd, IL., op. cit., p. 150

والمستقبل معاً . ويجب أن يتأكد أن كلماته وصوته تصل للشخص الآخر وأنه لا يتكلم في فراغ وأن تلمس كلماته الآخرين حتى ينمو عنده الشعور أنه يعيش مع الناس والناس يعيشون معه .

مبدأ إستخدام الضمير الثالث : «It» Language and «J» Language

لا يشير المريض إلى نفسه أو إلى أجزاء جسمه بنسبتها إليه أو سلوكه أو أفعاله مثال ذلك :

س : ما الذي تشعر به عينك ؟

جـ ـ إنها ترف .

س ـ ما الذي تعمله يدك ؟

جـ ـ إنها ترتجف .

س ـ ما الذي تشعر به في زورك أو حلقك ؟

جـ ـ إنه مضدوم .

بدلاً من استخدام « هي » لا بد من إستخدام « أنا » لتحقيق مزيد من التوحد مع السلوك وأن نتحمل المسئولية عن ذلك السلوك . فبدلاً من القول « أنها ترتجف » يقول المريض « أنا أرتجف » وبدلاً من القول « إنها مصدومة » يقول المريض « أنا مصدوم » بل يقول « إنني أصدم نفسي » وذلك للشعور بالمسئولية والإنغماس في الفعل . وعلى ذلك يستهدف العلاج تحويل هي إلى أنا .

وكلما مارس المريض هذا كلما شعر أنه كائن فعال نشط مؤثر ، أنه يفعل الأشياء وليس كائناً سلبياً تسقط عليه الأشياء بطريقة ما . ومن أمثلة ذلك أيضاً .

قول المريض : إنني لا أستطيع أن أفعل ذلك » .

يشجعه المعالج على أن يقول بدلاً من ذلك :

« إنني سوف لا أفعل ذلك » وبعدها يسأله وما الذي تشعر به أنت الآن ؟

المعالج : ما الذي تسمعه من صوتك ؟

المريض : صوتي يسمع كما لو كان يبكي .

المعالج : هل يمكن أن تتحمل مسئولية ذلك وتقول : إنني أبكي .

وهناك تدريبات أخرى في علم المعاني تستهدف تحمل المريض المسئولية فيحول الأسماء إلى أفعال ويستخدم صيغة الإثبات كوسيلة مباشرة للإتصال .

مبدأ استخدام إتصال الإتصال أو استمراره :

إن مبدأ استمرار الاتصال من المبادىء الهامة في العلاج الجشطالتي من أمثلة ذلك الحوار الآن :

المعالج : ما الذي تعيه الآن ؟

المريض : الآن أنا أدرك أنني أتكلم معك . إنني أرى الآخرين في الحجرة . إنني أدرك أن جويه يتلوى ، أشعر بالتوتر في كتفي . إنني أعي أنني أصبحت قلقاً وأنا أقول لك ذلك .

المعالج : كيف تشعر بهذا القلق أو كيف تخبره ؟

المريض : إنني أسمع أن صوتي يرتعش ، ويشعر حلقي بالجفاف إنني أتكلم بطريقة متقطعة أو متلعثمة .

المعالج : هل أنت واع لما تفعله عيناك ؟

المريض : حسناً ، الآن ، أنا أدرك أن عيناي مستمرين في النظر بعيداً .

المعالج : هل تستطيع أن تتحمل مسئولية ذلك ؟

المريض : أي أنه أظل ناظراً بعيداً عنك .

المعالج : هل تستطيع أن « تصبح » عينيك الآن ؟ أكتب لنا الحوار نيابة عنهما .

المريض : إنني عيني « ماري » إنني أجدها صعبة أن أحملق بثبات ، إنني استمر في التنقل والتجول ببصري .

إن اتصال الوعي طريقة فعالة لفهم الإنسان لخبراته وتبعده عن اللفظية اللامتناهية والشروح والتفسيرات والتأويلات التحليلية . المهم الوعي بالشعور الجسمي والإحساس والإدراك لأنها تكون أكثر معارفنا صدقاً . وهكذا يتحقق مبدأ بيرلز « أترك عقلك وآت إلى إحساسك . lose your mind and come to your senses[1] » . وهكذا يتحول المريض من الإهتمام من مسألة لماذا why يحدث الفعل إلى ماذا يحدث وكيف يحدث what and how وهي فكرة العلاج الجبروي experiential therapy بدلاً من العلاج التحليلي الذي يعتمد على التفسير .

المريض : إنني أشعر أنني خائف .

المعالج : كيف تخبر هذا الشعور بالخوف ؟

المريض : إنني لا أستطيع أن أراك بوضوح ، ويداي تفرزان العرق .

كما ونساعد المريض في العودة إلى إحساسه وأن يعتمد عليها ، فإننا أيضاً نساعده في التمييز بين الحقيقة الخارجية هناك وتلك المخاوف التي يصنعها هو من خيالاته وأوهامه :

المريض : أنا متأكد أن الناس سوف يحتقرونني لما قلته الآن .

المعالج : لف حول هذه الحجرة وأنظر إلينا جيداً . وأخبرني ماذا « ترى » وما الذي تخبرك إياه « عيناك » وليس خيالك ؟

المريض : (بعد لحظة من الإستكشاف والتجوال) حسناً ، حقيقة الناس لا

(١) Ibid.

يبدون نابذين لي . بل بعضكم يبدو دافئاً وودوداً .

المعالج : ما الذي تخبره الآن ؟

المريض : أنا أكثر إسترخاء الآن .

مبدأ عدم الثرثرة أو إغتياب الناس No - Gossiping :

يستهدف تنمية المشاعر وعدم تجنبها . ويقصد بذلك الحديث عن شخص ما عندما يكون حاضراً ومن الممكن أن نخاطبه مباشرة . ولنفرض أن المعالج يتعامل مع شخصين : محمود وفاطمة .

محمود : إن المشكلة مع فاطمة أنها دائماً تضايقني أو تزعجني (مخاطباً المعالج) .

المعالج : إنك تثرثر . . . قل ذلك مباشرة لفاطمة .

المريض : (موجهاً كلامه إلى فاطمة) أنت دائماً تزعجيني . إننا دائماً نتحدث عن الناس عندما نكون عاجزين عن التحدث إليهم مباشرة والتعامل مع الشعور الذي يثيرونه فينا . إن هذه الطريقة تساعد في حصول المواجهة الصريحة والمباشرة مع المشاعر .

مبدأ طرح الأسئلة :

إن العلاج الجشطالتي يعطي أهمية كبرى لحاجة المريض لكي يسأل بعض الأسئلة . إن المريض يجب أن يسأل بعض الأسئلة ولكن الفحص الدقيق لأسئلته يوضح أنه لا يرغب في المعلومات . عندما تكون الأسئلة غير ذي معنى يطلب المعالج من المريض أن يحول سؤاله إلى صيغة الإثبات أو يضعه في قضية .

ومن بين المناهج المستخدمة في العلاج الجشطالتي ، ما يطلقون عليه اسم لعب المباراة games سواء مع الفرد أو الجماعة . ويتفق هذا المنهج مع نظرية

بيرلز الذي يرى أن العلاقة بين أي شخصين أو أكثر إنما تتخذ شكل « مباراة » بل إن أي تنظيم إجتماعي هو ضرب من ضروب المباراة . والمهم أن ننجح في لعب المباراة المرضية السعيدة بدلاً من المباريات غير السعيدة . وعلى ذلك في علاقات الزواج والحب والصداقة نحن نبحث عن الشخص الذي يستطيع أن يلعب معنا بطريقة مريحة .

ومن بين هذه المباريات مباراة الحوار dialogue وفيه يحاور الفرد المعالج أو يحاور نفسه أو تحاور عناصر مختلفة فيه بعضها البعض كأن يحاور الأنا الأعلى (الضمير) الأنا الدنيا أو العدوان والسلام ، أو الأنوثة والذكورة ، أو حتى أجزاء من جسمه كأن يدور حوار بين يسراه ويمناه .

مباراة اللف أو الدوران Making the Rounds :

ربما يشعر المريض بما يجعله يقول : « إنني لا احتمل وجود أي شخص في هذه القاعة » . وحينئذ يقول له المعالج : حسناً . لف ودور على الجماعة وقل ذلك لكل واحد منا ، واعمل ما تشاء من الملاحظات الأخرى نحو كل شخص منا . وهذه مباراة ويمكن ألا تقتصر على الإتصال اللفظي ربما تتناول اللمس أو الملاحظة أو الخوف . . الخ .

مباراة إنهاء العمل غير المنتهي :

يشبه هذا المبدأ في العلاج الإدراك العقلي أو الجسمي الناقص في مدرسة الجشطالت . فعندما يشعر المريض بأن هناك أي عمل غير منتهي كالمشاعر غير الكاملة أو العلاقات أو الأعمال مع الآباء والأصدقاء والأزواج ينبغي أن يشجع المريض على إنهائها . لأنها مصدر للحنق .

« مباراة أنا أتحمل المسئولية » :

في هذه المباراة نستخدم بعض عناصر استمرار الوعي awareness continuum ولكننا نعتبر كل إدراك فعل قمع كل قضية نطلب من المريض أن

يضيف إليها « . . . وأنا أتحمل مسئولية ذلك » مثلاً « أنا أدرك أنني أحرك رجلي وأنا أتحمل مسئولية ذلك » . « صوتي هادىء جداً . . . وأنا أتحمل مسئولية ذلك » . « الآن أنا لا أعرف ماذا أقول . . . وأنا أتحمل مسئولية عدم المعرفة » .

« مباراة لدي سر » :

هذه المباراة تسمح بظهور مشاعر الذنب والعار . كل شخص يفكر في سر شخصي جداً دفين . ويطلب من المفحوص أن يتخيل كيف ستكون ردة فعل الآخرين عليه . ثم يفاخر بالأسرار الرهيبة التي كانت لديه وهنا يلقى الضوء على الإرتباطات اللاشعورية بالأسرار .

مباراة لعب الإسقاط Playing the Projection :

هناك كثير مما يظهر أنه مدركات هو إسقاطات فالمريض الذي يقول « أنا لا أثق فيك » يطلب منه أن يلعب دور شخص عديم الثقة لكي يكتشف صراعاته الداخلية في هذا المجال . ومريض آخر يشكو للمعالج قائلاً :

« أنت لست حقيقة مهتماً بي ، إنك فقط تفعل ذلك من أجل أكل العيش » .

يطلب منه أن يمثل هذا الإتجاه ، وبعدها يطلب منه أن يحدد ما إذا كان سمة من سماته الخاصة .

مباراة العكس Reversal :

في هذه الطريقة يساعد المعالج المريض على التحقق من أن السلوك الظاهري غالباً ما يمثل دافع أو باعث معاكس أو مقلوب خفي أو باطني . وهنا نقوم نحن بالعكس ، فإذا اشتكى المريض من القمع أو الجمود أو التهيب طلبنا منه أن يقوم بدور المستعرض exhibitionist فيقوم بالإتصال مع جزء خفي من ذاته مستتراً منذ مدة طويلة . أو قد يعاني المريض من حساسيته المفرطة من

النقد ، يطلب منه أن يقوم بدور المستمتع بكل عناية إلى كل ما يقال له فصاحة النقد دون الحاجة إلى الدفاع أو الرد ، وقد يكون المريض سلبياً وخانعاً فيطلب منه أن يقوم بدور شخص عديم التعاون والطاعة .

نسق الإتصال والإنسحاب :

هذه المباراة تطبيق لفكرة الشكل والأرضية الجشطالتية . فتؤكد ثنائية الوظائف الأساسية فالقدرة على الحب تعلق بعدم القدرة على ضبط الغضب ، والراحة مطلوبة لإستعادة الطاقة واليد ليست مفتوحة ولا مغلقة ولكنها قادرة مع كلا الوظيفتين . بالنسبة للإنسحاب عندما يرغب المريض في الإنسحاب عليه أن يغلق عينيه وينسحب بخياله فقط إلى أي مكان آخر يشعر فيه بالأمان ويصف المنظر وشعوره هناك وبعدها يطلب منه أن يفتح عينيه وأن يعود للجلسة في وسط الجماعة . مثل هذا الإنسحاب يزود المريض بالطاقة نتيجة للراحة من الموقف فيزاوله بنشاط أكبر .

مباراة تكرار الأدوار وتبادلها :

طبقاً لبرليز فإن كثيراً من تفكيرنا يتكون إعادة أو تجربة داخلية وإعداد للعب أدوارنا الإجتماعية المعتادة . بالمثل كما يحدث في البروفات المسرحية حتى يحكم الممثلون أدوارهم . فالجماعة العلاجية تلعب الأدوار وتكررها وتتبادلها فيما بينها . فالتمرين هو الإجراء التجريبي للقيام بأدوارنا الإجتماعية .

مباراة المبالغة :

هنا المباراة متصلة بمبدأ إتصال الوعي وتساعد في فهم لغة لجسم body language ، هناك حالات كثيرة تدل حركات أو إشارات المريض على الإتصال الدال وقد تكون هذه الحركات عشوائية أو غير كاملة من الذراع أو الرجل . فيطلب المعالج من المريض أن يبالغ في حركاته ويكرر ذلك بحيث يجعل المعنى الداخلي أكثر وضوحاً . وقد يشجع المريض على أن ينمي حركاته إلى رقص لكي يصل إلى مزيد من التعبير المتكامل .

ويشبه هذا الإجراء ما يسمى التكرار اللفظي . فقد يقول عبارة ما ولكنه لا يعيها كلية ويستوعبها وحينئذ يطلب منه المعالج أن يكررها ثانية عدة مرات وأن يكون ذلك بصوت عال فيسمع نفسه أكثر من كونه يكون كلمات .

مباراة هل لي أن أشعرك بجملة May I feel you a sentence

عندما يستمع المعالج إلى المريض يستنتج أن هناك إتجاهاً ما أو رسالة ما متضمنة فيقول هل لي أن أشعرك بجملة ؟ قلها وجربها على الإتساع وقلها لعدد كبير من الناس هنا . ثم يقترح جملته ، ثم يختبر المريض رد فعله لهذه الجملة فيشعر بها المريض نفسه وهنا تنمو الفكرة تلقائياً عند المريض .

مباريات الإرشاد الزواجي Merriage counselling games

وهناك العديد من الأنظمة الممكنة في هذه المباريات وهنا يلتقي الشريكان وجهاً لوجه ويقول كل منهما للآخر بالتناوب العبارات الآتية :

نظام الحنق يقول : إنني أحنق عليك من أجل . . . .
نظام الإعجاب يقول : إن ما أعجب به فيك هو . . . .
نظام الحقد يقول : إنني أحقد عليك من أجل . . . .
نظام الشكاوي يقول : إنني أشكو منك من أجل . . . .
نظام الاكتشاف يقول : إنني أرى أن . . . .

وهذا يساعد على إكتشاف كل منهما الآخر . أن الصعوبة في الزواج أننا نحب مفهوماً ما وليس شخصاً معيناً مكوناً من لحم ودم . يجب أن نميز بين الصورة الخيالية وبين الشخص الحقيقي هناك طريقة أخرى إلى جانب هذه المباريات وتلك القواعد هي توجيه السؤال الآتي إلى المريض :

هل تستطيع أن تبقى مع هذا الشعور؟

ويحدث ذلك عندما يشير المريض إلى شعوره بعدم السعادة أو عدم السرور أو أنه يشعر بالفراغ والاضطراب والخلط أو الاحباط أو هبوط الهمة . وهنا

يحاول المريض أن يتخلص من هذا الشعور فيسأله المعالج عن ماهية شعوره وإحساسه وإدراكه وخيالاته ويساعده لكي يميز بين ما يتخيل وبين ما يدرك . هناك كثير من حالات الخوف الفوبي الذي يدفع المريض إلى تجنب الخوف بحيث يصبح الخوف عملية روتينية .

ويدل كتاب بيرلز « الذات والجوع والعدوان » على أننا ينبغي أن نتبنى مع الانفعالات النفسية نفس الاتجاهات التي نتبناها مع عادات التغذية الصحية . وبالمثل على المريض أن يمضغ وأن يتمثل أو يهضم الأبعاد الانفعالية في الحياة التي كانت غير سعيدة حتى الآن أو لا يستطيع تذوقها وصعبة البلع وعسيرة الهضم . وبذلك يكتسب المريض الثقة بالذات وقدرة أكبر في الذاتية وفي التعامل بطاقة وحيوية مع تلك الاحتياطات التي لا مفر منها في هذه الحياة .

المنهج الجشطالتي في علاج العجز عن التعبير :

تسوق جين فاجان J. Fagan حالة سيدة متزوجة في سن ٢٨ سنة وطالبة ولها ولدان وكانت تعاني من العجز في التعبير اللغوي وكانت تعبر باللغة الانجليزية تعبيراً رديئاً عن أفكارها حيث تخطىء في القواعد والإملاء وفي استخدام الفواصل punctuations وبعد أن طبق عليها عدة اختبارات اتضح هذا العائق فقرر علاجها وعرف منها أن حالتها هذه ترجع إلى المدرسة الإبتدائية والتي تجد صعوبة بالغة في التعبير عن مشاكلها وبعد أن خضعت للعلاج النفسي لمدة تزيد عن العام ونظراً لشعورها بالخجل والارتباك طلب منها أن تشترك في تجربة بسيطة تقوم خلالها بعدة أعمال دون إشراف كبير من قبل المعالج ورغم أن المعالج لم يكن متأكداً من جدوى العلاج إلا أنه قرر البدء فيه لأن ذلك لن يؤدي إلى فقدان أي شيء طالما كانت أساليب العلاج الأخرى غير مجدية فوافقت المريضة بكل شغف فطلب منها القيام بالأعمال الآتية :

١ - إكتبي بأسلوب التداعي الحر أفكارك عن اللعب .

٢ - إبحثي عن قاموس كبير عن اشتقاق الكلمات الآتية : التغضب -

رقيق مسئول ـ الشيطان ـ غبي ـ الكرب ـ يعذب .

٣ ـ اكتب تداعيك حول الحصر أو القلق .

٤ ـ ارسم أو انسخ صورة ما أولا بيدك اليمنى ثم بيدك اليسرى .

٥ ـ اكتب عشرة أسباب لعدم تنفيذ الناس القواعد ، ويخطئون في استهجاء الكلمات .

٦ ـ اكتب تداعيك لكلمة غضب .

٧ ـ إقرأ مختارات شعرية بصوت مرتفع .

٨ ـ ارسم بأصبع يدك اليسرى .

٩ ـ استمع إلى تسجيل أغاني أحد المطربين واكتب ما تسمعه .

١٠ ـ استمع إلى تسجيل لمختارات موسيقية وارسم بأصبعك بيدك اليسرى .

١١ ـ استمع إلى تسجيل موسيقى واكتب استجاباتك الإنفعالية في « أوصاف » عبارات للوصف .

١٢ ـ ادرس وردة دراسة مكثفة ثم ارسمها بأصبعك .

١٣ ـ اكتب ثلاثة من إنتقادات الناس الآخرين وخمسة إنتقادات توجه لك .

وكان ينفذ كل مطلب من هذه المطالب في جلسة مداها نصف ساعة . وتعقد جلستين كل أسبوع . ويطلق على هذا الإجراء التجريب الذاتي self-experimentation حيث يعطي المريض بعض التعليمات ويطلب منه تنفيذها وذلك لتنمية وعيه الحسي والإدراك الإنفعالي والوظائف الحركية والحشوى ، ولتسهيل التعبير الحر الكتابي . وأدى هذا العلاج إلى تحسن حالة هذه المريضة .

وفي الوقت الحاضر أخذ العلاج الجشطالتي في التوسع والإنتشار وهو يختلف عن تلك المناهج العلاجية الضيقة ويستخدم مع الطلاب الأسوياء ومع أصحاب الصعوبات البصرية ومع تدريب الوعي للجماعات المتخصصة . كذلك يستخدمه أرباب المناهج الأخرى كأسلوب مساعد من ذلك إستخدامه مع العلاج عن طريق العمل أو العلاج عن طريق الفن كما يستخدم في الفصول المدرسية وفي مراكز رعاية الأطفال بل يمكن إمتداد تطبيقه ليشمل موضوعات تخطيط المدن والتدريب على الإبداع والتجارب المعملية في الكليات العملية ومجابهة الجماعات وما زال هناك آمال لإستخدامات أوسع[١] .

سيكولوجية العقاقير

يهتم بعض العلماء بإظهار الدور السيكولوجي للعقاقير عامة ويعتبر كتاب جوردون كليردج Gordon Claridige كتابة العقاقير والسلوك الإنساني drugs and human behaviour مقدمة لهذا الموضوع الهام الذي يتناول تأثير العقاقير على السلوك الإنساني ، ويتناول فيه المقصود بالسيكوفارماكولوجي psychophormacology ، ثم أثر العقاقير في اليقظة والنوم والتعلم والتذكر ، وأثرها على نشاط العقل ، ثم دور العقاقير في الحياة اليومية وأثر العقاقير في علاج الأمراض العقلية ، ودور العقاقير في الحياة الاجتماعية كشرب الخمر وإدمان المخدرات . والكتاب في جملته يهتم بتأثير العقاقير على سلوك الإنسان أكثر من سلوك الحيوان . ومن الأهمية بمكان أن نلاحظ بعد أن نعطي الفرد عقاراً معيناً كيف يعمل فيه هذا العقار ، ثم نلاحظ كيف يتصرف هذا الفرد وهو تحت تأثير العقار .

ويندر أن يكون الفرد المعاصر في أي موقف يعمل دون أن يكون تحت تأثير نوع أو آخر من العقاقير كأن يكون قد تناول أحد العقاقير المهدئة tranquillizers التي يقصد بها تخفيف القلق أو الحصر ، وتساعد الفرد على

---

(١) Fagan, J., and Shepherd, I.L., op. cit.

التركيز وقد يكون عقاراً منوماً cedative الذي يفترض فيه أن يسبب الهدوء والنوم .

وكثير منا ما يصف لنفسه العقار ، أو يتناوله بناء على وصف الطبيب . وحتى في المشروبات العادية المنبهة كالشاي والقهوة التي تتضمن بعض العقاقير مثل الكوفين caffeine stimulants وتشترك كل هذه العقاقير في خاصية واحدة مشتركة هي تغيير الحالة السيكولوجية للفرد . إنها تؤدي إلى حدوث تغييرات في المزاج وفي التفكير وفي مستوى الوعي أو اليقظة أو الانتباه ، كما تعدل من سلوك الفرد وملاحظاته . وتصبح إستجاباته للبيئة أكثر وحدة ويقظة أو أكثر بلادة . وقد نلاحظ ذلك إذا قمت بقيادة سيارتك بعد « حفلة شرب » فإنك تشعر بإعاقة ملاحظاتك وإستجاباتك(*) مثل هذه العقاقير تعرف بإسم العقاقير ذات الأثر النفسي psychotropic drugs ودراستها فرع من فروع الفارماكولوجي ، وتعمل هذه العقاقير تأثيرها على السلوك من خلال تأثيرها على الجهاز العصبي المركزي central nervous system . وبالطبع تأثير العقاقير على السلوك ظاهرة معروفة منذ آلاف السنين ، مثل الكحول ، ولكن ظهور الفارماكولوجي كفرع من فروع العلم يرجع فقط لنحو عشرين سنة مضت .

ولقد نما وتطور هذا الفرع نتيجة لارتباطه الوثيق بتقدم فهمنا للأمراض العقلية ولعلاجها . ولقد عاصر نشأة السيكوفارماكولوجي إكتشاف عقارين لهما أهمية خاصة في الطب العقلي وهما lysergic acid diethylamide ويعرف باسم (LSD) ولقد تبين بالصدفة في عام ١٩٤٣ أن لهذا العقار تأثيراً شديداً على التفكير والإدراك والاستجابات الانفعالية ووجدان الحالة النفسية التي تنتج عن هذا العقار تشبه تلك الحالة الموجودة في الفصام . ولكن أسيء إستخدامه بواسطة أناس لا يقدرون المسئولية ، إنما ساعد في فهمنا للتغيرات الناتجة من المرض العقلي .

(*) من أجل ذلك أصدرت الحكومة الانجليزية سنة ١٩٦٨ قانوناً يقضي بتحريم قيادة السيارات بعد شرب الخمر .

وبعد اكتشاف عقار الـ (LSD) هذا بعدة سنوات حدث تطور كبير في علاج الأمراض العقلية ، ففي أوائل الخمسينات اكتشف العلماء أن لعقار chorpromazine تأثيراً قوياً في التسكين أو التهدئة ، وكان قبل ذلك يستخدم في الطب العام وفي الجراحة ، وأصبح العقار الأساسي للتحكم في أعراض الذهان المزمن . ولكن الرغبة في تحسين العلاج وتقدمة أدت إلى إكتشاف مزيد من العقاقير الطبية وإلى قيام كثير من البحوث والدراسات حول تأثير العقاقير على نشاط المخ ، وذلك في فروع الطب وطب الأعصاب وعلم النفس والفسيولوجيا والبيولوجيا والكيمياء .

وفي المجال السلوكي في الغالب ما يعطي العقار ، ثم يلاحظ سلوك الإنسان ، ويفترض أن لهذا العقار تأثيراً على الجهاز العصبي ووظائفه(*) . وعن طريق ملاحظة وقياس التغيرات التي حدثت في السلوك من الممكن إستنتاج الآليات أو العمليات mechanisms المسئولة عن قطعة محددة من السلوك ، ولاستخدام العقاقير فائدة كبيرة في التجريب على سلوك الإنسان ، حيث يمكن معرفة أثر العقاقير على الأسوياء من الناس ، وعلى أعداد كبيرة كما يمكن تنويع مقدار العقار ، وبذلك يمكن التحكم في التأثير على السلوك .

ولكن من الصعوبات التي تواجه الباحث في تأثير العقاقير النفسي أنه لا يعرف على وجه الدقة في أي منطقة من مناطق المخ يؤثر عقار معين .

ويمكن تصنيف العقاقير النفسية في مجموعات رئيسية ستة وهي العقاقير ذات التأثير على الجهاز العصبي ، ولها فوائد علمية أو قواعد علاجية ومن هذه العقاقير ما يلي :

فئة العقاقير المسكنة والمنومة ، ومن آثارها السيكولوجية والسلوكية خفض اليقظة والحيوية والنشاط الجسمي ، وتؤدي إلى النوم في حالة إعطاء جرعات

(*) لأخذ فكرة عن الجهاز العصبي ووظائفه راجع كتاب المؤلف « علم النفس الفسيولوجي » دار النهضة العربية - بيروت .

كبيرة منها ، ومن أمثلتها الكحول والمسكنات أو المنومات مثل phenobabtal وفئة العقاقير المنبهة stimulants ومن آثارها النفسية والجسمية تقليل الشعور بالتعب ، وزيادة النشاط الجسمي والفيزيقي ، ومن أمثلتها الكافين caffeine وامفاتامينز amphetamines فئة المهدئات الكبرى أو الأساسية أو الرئيسية وتؤثر على الفرد نفسياً وجسمياً عن طريق التهدئة وخفض النشاط المرضي الزائد وتقليل الثورة والتهيج excitement ومن أمثلتها عقار chlerprmagine .

فئة المهدئات البسيطة أو الخفيفة minor-tranquilizers ومن آثارها النفسية والجسمية تهدئة الحصر والتوتر ، ومن أمثلتها عقار meprobamt وهناك فئة العقارات المضادة للإكتئاب antidepressives وتؤدي إلى الإثارة ورفع الروح المعنوية أو المزاج في حالات الاكتئاب البسيط أو المتوسط ومن أمثلتها الآتي : ـ

Impramine

Monoamineoxidase

Inhibitors

مثل : Pheuelgine

وهناك فئة عقاقير الهلوسة ، وتسبب إضطرابات قوية وإختلاطاً في الادراك والتفكير ، والمزاج وتثير الذهان العقلي ومن أمثلتها عقار LSD - 25 وعقار mscaline[1] .

(١) Claridge., G, Drugs and Human Behaviour, Pelican Book 1972.

الفصل الثالث عشر

العلاج النفسيوي

العلاج النفسيوي *Psychobiology* :

إبتكر هذا النوع من العلاج أدولف ماير Adolf Meyer وأتباعه وهو عبارة عن إتجاه تلفيقي holistic نحو فهم إضطرابات المريض ، حيث يتضمن تحليل العوامل البيولوجية والسيكولوجية والإجتماعية المتصلة بأصل أو منبع المرض . وهنا توجه عناية فائقة لشكاوى المريض كمفتاح يقود إلى نواحي الشذوذ الكامنة . وعندما تتضح الصورة الديناميكية الكلية تصاغ مشكلة المريض صياغة سهلة بسيطة ، ويوضع برنامج العلاج ، وتوجه العناية نحو التركيب الكلي للشخصية بحيث يكتسب المريض أقصى درجات الأمان والمؤاءمة . وهذا يسمح للمعالج بالإستخدام المرض لكل الإمكانات المتاحة الطبية والنفسية والإجتماعية . وفي نهاية كل مقابلة يعمل ملخص لكل ما تم إكتسابه .

وفي هذا العلاج يصبح كل من المعالج والمريض نشطاً وفعالاً ، فالمسئولية تقع على عاتق المريض في التعاون المخلص وفي الإفصاح عن المادة التي تفيد في كل جلسة حتى يمكن استغلال وقتها استغلالاً طيباً ، كما توضع مسئولية توجيه المريض ومساعدته وإكتسابه التكامل على عاتق المعالج . وهنا يستطيع أن يستخدم المعالج التفسيرات والأسئلة ولعب الدور وغيرها من المناهج التي تلائم الموقف العلاجي .

العلاج عن طريق تعديل البيئة :

ويطلق على هذا الأسلوب من العلاج أيضاً العلاج الإجتماعي ، ويتضمن تعديل البيئة ، بحيث يستطيع المريض أن يحقق فيها تكيفاً ناجحاً . ففي علاج مشاكل الأطفال يتضمن هذا العلاج علاج الآباء أكثر من علاج الأطفال ، وفي بعض الأحيان قد يقتضي الأمر وضع الطفل في منزل للتبني . وبالنسبة للكبار قد يتضمن العلاج مساعدة المريض في إيجاد عمل من الأعمال ، أو في الإنتماء إلى مذهب ديني ، أو في تعديل إتجاهات الأقارب الذين يعيش معهم المريض ، أو في مساعدة المريض في الحصول على مسكن مناسب . وفي الغالب يقوم الأخصائي الإجتماعي وغيره من المختصين بزيارات دورية للمريض وأهله ، وبذلك يتمكن كثير من الأشخاص من التكيف في بيئاتهم بدلا من الإقامة في المستشفيات . كذلك يفيد هذا الإتصال طويل المدى في تكييف الأشخاص الذين خرجوا من المستشفيات عندما تزداد عليهم الضغوط والتهديدات فإنهم يعودون إلى الأخصائي الإجتماعي ، والحالة الآتية توضح دور العلاج الإجتماعي . وهي حالة أم في سن الثامنة والأربعين كان عليها أن تسافر ثلاثين ميلاً بالأتوبيس والسيارة بعد أن تنتهي من عملها في مساء يوم الجمعة لكي ترى ابنها في المستشفى ، وهو مريض في سن ٢٢ سنة مصاب بالفصام الإضطهادي ، وكان عليه أن يصطحب أمه لقضاء عطلة نهاية الأسبوع ، ثم يعود إلى المستشفى في صباح يوم الاثنين ، وكان قادراً على أن يذهب إلى المنزل بمفرده ، ولكن أمه كانت تصر على بقائه بالمستشفى حتى تحضر له ، ولم تكن تحضر إلا بعد الساعة التاسعة مساء ، وبذلك كانا لا يعودان إلى المنزل إلا بعد الساعة الثانية عشر عند منتصف الليل حيث تكون الأم منهكة من التعب ، وكانت في العادة تصبح مريضة في اليوم التالي وكانت بإستمرار تذكر إبنها كيف أصبحت مريضة نتيجة لإعتنائها به ، وتصر على أن أقل ما يفعله هو البقاء معها خلال زيارة نهاية الأسبوع هذه . وبهذه الطريقة لم يستطع أن يخرج يقابل أحداً أو يفعل أي شيء يرغب فيه . وعندما يعود إلى المستشفى صباح

الاثنين يصبح عدوانياً ومضطرباً جداً . وبذلك كانت تهدم زيارته للمنزل ما حققه العلاج النفسي خلال الأسبوع . وإستمر ذلك حتى استطاع الأخصائي الإجتماعي تعديل إتجاه الأم ، وبذلك أظهر هذا المريض تحسناً كبيراً .

وأحياناً شرح الأخصائي الإجتماعي للأسرة ما تفعله المستشفى ، وهناك مستشفيات تدعو أقارب المرضى للقاء بالمسئولين عنهم في المستشفى[1] .

العلاج الطبيعي *Physiotherapy* :

يتضمن العلاج الطبيعي علاج الأمراض العقلية بالوسائل الفيزيقية باستثناء إستخدام العقاقير والجراحات ، ويتضمن التدليك Massage ، العلاج بالحرارة والعلاج بالكهرباء ، ولكن ليس بالصدمات الكهربائية ، وتشمل العلاج عن طريق المياه Hydrotherapy وخاصة المياه المعدنية .

فإستخدام الحمامات ذات المياه الساخنة التي تبلغ درجة حرارة المياه فيها حوالي ١٠٠ درجة يفيد في تهدئة المرضى المتهيجين والثائرين . كما تستخدم الكمادات المبتلة والظهور المبتلة wet backs أو wetconpresses لعلاج المرضى المضطربين لتأثيرها المسكن . حيث يلف المريض في مفرش مبتل لمنع تحركه . كما تستخدم الحمامات الباردة والساخنة بالتبادل أو ما يسمى « بابر » الحمام « الدش » لاثارة المرضى المكتئبين ، ولما لها من تأثير مقوى ومنشط . وإلى جانب إستخدام العلاج المائي المهدىء والمنشط فإن السباحة أصبحت مفيدة وخاصة المرضى صغار السن نسبياً الذين ينظرون إليها على أنها نشاط ترويحي وليس علاجياً .

أما العلاج الكهربائي فيتكون من إستخدام لمبات الأشعة تحت الحمراء infsared iamps ، والصناديق الحرارية الكهربائية electric heat boxes

(١) Coleman, J. C., op. cit., p. 585.

والعلاج بنفاذ الحرارة الكهربائية لداخل الجسم diathermy ويستخدم هذا الأسلوب الكهربي الأخير بتوسع في علاج حالات إلتهاب الأعصاب nerve inflammation ويتألف من تسخين الأعضاء الداخلية أو بعض مناطق الجسم بواسطة ذبذبات كهربائية عالية .

وللتدليك masage قيمة كبيرة في إثارة المريض وتنشيطه إلى جانب ما للإتصال الشخصي في أثناء التدليك من تأثير علاجي .

العلاج الحيوي الكيميائي ***Bviochmotherapy*** :

هناك كثير من الدراسات التي تجري لمعرفة تأثير العلاج الحيوي الكيميائي من ذلك إستخدام العقاقير الآتية :

sex steroids

histamine

cortisone

corbon dioxide

vitamins

lenzedrine sulfate

reserpine

chlorpromazine

الكورتيزون يستخدم على أساس أن التعرض الطويل للضغط يؤدي إلى تعطل إفراز الادرينالين الذي تفرزه الغدة النخامية .

وهناك بعض الأطباء الذين يستخدمون corbon dioxide لعلاج العصاب النفسي ويقررون بعض التحسن في الحالات التي خضعت لهذا العلاج ، ولكن تبين أن هذا العقار لا يفيد في علاج الذهان .

ومنذ إكتشاف أهمية الفيتامينات في التغذية الإنسانية ، وأن نقص بعض

الفيتامينات وخاصة فيتامين ب المركب ربما يقود إلى التهيج والكآبة وغيرهما من الأعراض ، وشاعت فكرة إستخدام الفيتامينات في تحسين الحالة العقلية . وفي تجربة أجريت على مجموعة من المرضى أعطى لهم كميات من الفيتامينات والأملاح المعدنية التي يعتقد أنها تفيد في الصحة النفسية تبين أن هذه الفيتامينات لا تفيد إلا في حالات نقص الفيتامينات الشديد . وتستخدم مادة benzedrine sulfate لعلاج مرضي البلادة والخمول والإكتئاب ، ولكن تأثيرها ليس ثابتاً عند جميع المرضى ، وتستخدم العقاقير الأخرى لعلاج الفصام والجنون الدائري وإدمان الخمور .

ولكن قد ينتج من هذه العقاقير حالات تسمم toxic أو الشعور بالإشمئزاز jaundice والتشنج ، ولذلك ينبغي إستخدامها بحذر كبير .

إن العلاج بالعقاقير لا يزيل إلا الأعراض ، ولذلك لا بد من توفير العلاج النفسي الذي يخلص المريض من الدوافع والصراعات التي تعمل كأسباب لأعراضه المؤلمة[١] .

وتعطي المنومات لعلاج الأرق على ألا تستمر طويلاً حتى يدمنها المريض ، وأحياناً تستخدم المنومات لتهدئة المريض الهائج الخائف ، ومعظم هذه الأدوية مشتقة من حامض البارتبيرك ومنها إميثال الصوديوم وسيكونال ودورميل ، فيسبراكس . ولا ينبغي تعاطيها دون إرشاد الطبيب المختص .

ويعالج القلق والتوتر والتهيج والمخاوف بالعقاقير المسكنة البسيطة كمجموعة عقاقير المبيردباميت ومنها برترايكيل وأكوانيل وكوتيان وترانكالين وبيوباميد وغير ذلك والأتاراكس ثم العقاقير التي تحتوي الليبريم والفاليوم والسيرابيكس . وتؤدي هذه العقاقير إلى شعور الفرد بالاسترخاء الذهني والعضلي ، ولها أعراض جانبية في بداية العلاج كالشعور بالدوار والميل للنوم وجفاف الحلق ، ولكنها تقلل من إنتباه الشخص ، ولذلك لا ينبغي أن يقوم

(١) Coleman, J. C., op. cit., p. 541.

بقيادة السيارات بعد تناول كميات كبيرة من هذه الأدوية وفي حالات للتوتر العنيف يمكن إعطاء الفاليوم والليبريم في العضل .

وتستخدم أيضاً بكميات بسيطة بعض المسكنات القوية التي لا تستخدم أصلاً إلا لعلاج الذهان من ذلك الستيلازين والترايالافون والموديتين والرند ولاكتل ولكنها تحتاج لعناية فائقة في إستخدامها حتى لا تؤدي إلى حدوث أعراض جانبية كالدوران وجفاف الحلق وصعوبة التبول وزغللة العين وإرتجاف الأطراف والحركة وعدم القدرة على السكون .

وهناك عقاقير تستخدم لعلاج القلق والمخاوف والوساوس القهرية . وتستخدم لمدة تتراوح بين شهر أو شهرين حتى تصل إلى تأثيرها المطلوب ، وتؤدي إلى تنظيم إفراز الهرمونات المتصلة بالانفعال تلك الهرمونات التي تقل في حالة الاكتئاب والقلق ومن أهم هذه الهرمونات النورادرينالين والسيروتونين . ومن هذه العقاقير النياميد والماربيلان والناروبيل والبارنيت والبارستيلين . ومن العقاقير المستخدمة لعلاج الاكتئاب التوفر آنيل والتيربيتيزول . وتحتاج إلى إشراف طبي دقيق عند وصفها كما تتطلب الامتناع عن تناول بعض الأطعمة مثل الجبن والزبادي والخمر .

وهناك بعض العقاقير التي تستخدم للمساعدة في مجرى العلاج النفسي حيث تقلل من شعور المريض بالخجل والاحراج ، أي تقلل من مقاومته ، وبذلك تساعد في الكشف عن العوامل اللاشعورية ، وعلى تذكر الخبرات المؤلمة ، وتؤدي هذه العقاقير إلى تقصير مدة العلاج النفسي ، ويمكن أن تعطى على شكل حقن بالوريد للتهدئة مثل أنيتال الصوديوم أو البنتوثال ولا تؤدي إلى حالة النوم التام ، حيث يقوم المريض بعملية التداعي الحر ، وتساعده هذه الطريقة في علاج الشلل الهيستيري عن طريق الإيحاء .

وهناك عقاقير منبهة مثل المثديرين ، وهو يزيد من قلق وتوتر وعصبية المريض ، ولذلك ينطلق في الحديث للتعبير عن آلامه أو إنفعالاته دون تحفظ أو

نقد ، ويستمر تأثير هذا العلاج لفترة طويلة ينبغي أن يظل خلالها المريض تحت الرعاية الطبية حتى لا يتكلم كثيراً أمام الناس مما يجعله عرضه للندم أو النقد . وإلى جانب الحقن في الوريد يمكن العلاج عن طريق الاستنشاق لبعض الغازات مثل ثاني أكسيد الكربون ٣٠٪ مع الأوكسيجين بنسبة ٧٠٪ أو الأثير أو أكسيد النتروجين ، ويفيد استنشاق مثل هذه الغازات في علاج الهيستيريا وفي مساعدة المريض على تذكر الخبرات المؤلمة .

وهناك بعض العقاقير التي تعطي بالفـم مثل عقاقير الهلوسة كعقار السيرنيل وتؤدي إلى اضطراب إدراك المريض وحدوث بعض الهلاوس والهذيان ، ولكن المريض يتذكر خبراته في الطفولة وتفيد في علاج الوسواس والادمان والانحرافات الجنسية ، ولا ينبغي التوسع في إستخدام هذا العقار الذي يسبب الهلوسة وخاصة لدى أصحاب الاستعداد للإصابة بالذهان . ويعطى الأنسولين تحت الجلد قبل الأكل أو صباحاً ويشعر بعدها المريض بالجوع والعرق وزيادة ضربات القلب ، ويفيد في علاج فقدان الشهية والتوتر والقلق والادمان(١) .

العلاج بالصدمات الكهربائية :

لا يستخدم في العادة لعلاج فرض العصاب إلا في الحالات الحادة أو محاولات الانتحار ، وقد تفيد الصدمة الكهربائية على لحاء أو قشرة المخ لعلاج الهيستيريا ، كفقدان الصوت أو في حالة التشتت وعدم التركيز . وفي هذه الحالة لا يفقد المريض وعيه إذ يعطى ذبذبات كهربائية على جانبي الجبهة .

ويفترض أن الصدمات الكهربائية تغير من نشاط الهرمونات العصبية بين أغشية خلايا المخ مما يساعد على عودتها لحالتها الطبيعية السابقة ، كما أن الصدمة الكهربائية تنبه الهيبوثلايموس بحيث تبدأ ثانية بطريقة صحيحة . ويحتاج

---

(١) د. أحمد عكاشة ، الطب النفسي المعاصر ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٦٩ .

مريض الفصام من ٨ : ١٢ جلسة بمعدل ٢ أو ٣ أسبوعياً .

والعلاج بالأنسولين ، يتألف من إعطاء المريض كميات من الأنسولين حتى يصير في غيبوبة ثم يعود إلى وعيه عن طريق حقنه بالجلوكوز ، ولكن له مضاعفات جانبية خطيرة منها تلف خلايا المخ ، ونقص في كمية السكر ، والاصابة بالتشنج . ولذلك أصبح لا يستخدم إلا نادراً . وتفيد الكميات القليلة منه لفتح الشهية وزيادة الوزن وتخفيف حدة القلق . والتفسير الفسيولوجي هو أن تعطيل خلايا المخ عن عملها لفترة ما ثم إعادة عملها مرة أخرى ربما يجعلها تكف عن الأفعال المرضية وتعود إلى حالتها الطبيعية السابقة ، وبذلك تبدأ خلايا المخ والنشاط السوي لأن نقص السكر يوقف خلايا لحاء المخ عن النشاط[1] .

العلاج بالجراحة :

لا يشفي من الأمراض وانما من الأعراض فقط ، ولذلك لا ينبغي أن يستخدم إلا بعد ثبات عدم جدوى كافة الأساليب الأخرى . والجراحة لا تستخدم في العادة لمرضى العصاب إلا في الحالات الشديدة جداً . والعملية عبارة عن قطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثيلاميوس .

ولا ينبغي أن نستعمل الجراحة إلا في الحالات النادرة ، وخاصة في حالات الهياج والعدوان الفصامي والاضطهاد . وتقوم على أساس قطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثيلاميوس ، ويؤدي ذلك إلى إنخفاض الهلاوس والهذيان ، ويفيد بنوع خاص في علاج إكتئاب سن اليأس حيث تصل نسبة الشفاء إلى ٩٥٪ ينبغي الحرص في علاج المرضى كبار السن بهذا الأسلوب خشية حدوث تلف دائم في المخ .

(١) د. أحمد عكاشة ، المرجع السابق .

ولكن العقاقير قللت من إستخدام العلاج بالصدمات الكهربائية وكان ميديونا Meduna ، الذي استخدم العلاج التشنجي في عام **١٩٣٣** بإعطاء حقن الكافور في العضل ، يعتقد أن الشفاء يأتي من التشنجات ، ولكن تبين أن إعطاء الصدمات تحت تأثير التخدير أي عندما يكون المريض مسترخياً يؤدي إلى الشفاء وبنفس الكفاءة . فالشفاء يتأتى مما يحدث من تغييرات فسيولوجية وكيميائية في المخ . ولقد تطور العلاج الكهربائي وأصبح يتم تحت التخدير بدون شعور المريض بأي الآلام ، اللهم بعض الإرتجافات الخفيفة . وهناك عدة إحتياطات لا بد أن تتخذ لإعداد المريض للصدمة الكهربائية .

إجراء فحص طبي شامل للمريض يتناول نشاط القلب والتنفس ، ويلزم حرمان المريض من الطعام والشراب لمدة خمس ساعات قبل عمل الجلسة ، مع تفريغ مثانة المريض قبل الجلسة ، وعدم لبس الملابس الضيقة وخلع الأسنان الصناعية ، وكذلك إبعاد الأجسام الصلبة والحادة عن الجسم والشعر ، والعمل على ألا يرى المريض غيره من المرضى وهم يأخذون الصدمات حتى لا يخاف منها . يراعي نوم المريض على فراش صلب ، وعدم وضع وسادة تحت رأسه ، وكذلك وضع ضمادة بين الأسنان ، وتمسك إحدى الممرضات فك المريض حتى لا ينخلع أثناء الصدمة . كما يسند الممرضين عظام الحوض والكتفين .

يلاحظ بعد الصدمة أن جسم المريض يزرق ويرتجف ثم يتنفس المريض تنفساً عميقاً مع خروج زبد من الفم .

هذا ولقد إختلف العلماء في تفسير مفعول العلاج بالكهرباء ، فالتفسيرات الفسيولوجية ترى أن الصدمات تنبه الهيبوثلايموس وهو الذي يتحكم في الحركات اللاإرادية والانفعالات ، ويؤدي ذلك إلى إعادة توازنه ، وهناك رأي يقول إن الصدمات تساعد على سرعة إنتقال الهرمونات العصبية بين خلايا المخ فيعاد توازن هذه الهرمونات .

تؤدي الصدمات الكهربائية إلى وقف الأفعال المنعكسة الشرطية الكهربائية المرضية في لحاء المخ فيبدأ لحاء المخ في تكوين أفعال منعكسة جديدة .

أما أصحاب التحليل النفسي فيرجعون الشفاء إلى أن الصدمات الكهربائية نوع من العقاب الذي يزيل عقدة الذنب عن المريض . وهناك رأي يرجع الشفاء إلى أن الصدمات الكهربائية تنس المريض ذكرياته المؤلمة الماضية ، وهناك رأي مؤداه أن الشفاء قد يتم نتيجة لتأثير هذه العوامل مجتمعة[1] .

---

(١) د. أحمد عكاشة ، المرجع السابق .

الفصل الرابع عشر

علاج أمراض ومشكلات معينة

علاج الشذوذ الجنسي *Treatment of Homosexuality*

إن العلاج الفيزيقي قليل الفائدة في شفاء الشذوذ الجنسي ، فالمعروف أن الهرمونات المنشطة للذكورة androgenic hormones تستثير الرغبة الجنسية بدون تغيير الإهتمامات الجنسية ، على كل حال هذه الهرمونات يمكن أن تساعد الشباب الذين يعانون من تأخر في النمو الجسمي للجنس ، فعن طريق تحسين القدرة الفيزيقية ربما تساعد الهرمونات في تشجيع بعض الرجال الذين يخافون العلاقات الجنسية الغيرية heteresexuality والناتج من إحساسهم بعدم كفاءتهم الفيزيقية . كذلك تفيد هرمونات oestrogens في علاج بعض الحالات لأنها تقلل من الرغبات الذكرية . ولكن هذا لا يمثل الشفاء وإنما تسبب الراحة من باعث قهري خطير ويفيد هذا في علاج من يعتدون خاصة على الأطفال .

وفي أثناء عدم الراحة الإنفعالية التي تصاحب العلاج النفسي يفيد هذا الهرمون حيث يحمي من الإندفاع ومن الثورة الجنسية ، ولكن لسوء الحظ مثل هذا العلاج بطيء وغير ثابت . ففي بعض الرجال يؤدي إلى حدوث ضعف دون تغيير في الرغبة ، ولذلك يتوقف إستعماله بسبب تأثيره الجانبي ، وخاصة بعد أن يبدأ الثديان في الورم في الرجل وما ينتج عن ذلك من شعور بالحرج . ولهذا السبب يفضل بعض الأطباء إستخدام العقاقير المهدئة التي تؤثر في بعض

الأحيان على الإستحواذ sexual compulsion . أما العلاج بالجراحة فلا يستخدم في إنجلترا بسبب بعض الصعوبات القانونية ، ولكنه يستخدم في بعض البلدان الأخرى للسيطرة على بعض الرجال الذين يرتكبون جرائم عنف جنسية سواء كانوا جنسين مثليين أو غيريين ، ففي السويد وفنلندا تمتلك المحاكم الحق في إصدار الأحكام لإزالة الأعضاء التناسلية بالقوة لبعض المجرمين compulsory castration ، وفي بعض أجزاء من الولايات المتحدة الأمريكية تخفف المحاكم من أحكامها أو توقفها إذا وافق المجرم على إجراء هذه العملية وإلا فإنه يواجه حكماً قاسياً بالسجن ، ويصبح المريض بعد ذلك أكثر تحسناً وأكثر سعادة وتعاوناً . وأكثر قدرة على مجابهة المستقبل . وفي الدانمارك تجرى هذه العملية للمجرمين الذي يحكم عليهم بالبقاء في السجن مددا لا نهائية فيتطوعون لعمل هذه العملية ، ولكن في إنجلترا لا يلقى خريجو السجون الرعاية أو المراقبة اللازمة .

وبالنسبة لمناهج العلاج الجسمية الأخرى ، يستخدم بعضها أحياناً كالعلاج بالصدمات الكهربائية وهو العلاج المخصص لعلاج المالنخوليا ، وإن كان لا يؤدي إلى كثير من النجاح ، والمفروض أن يحدث تغيير في نمط تفكير المنحرف جنسياً . وهناك من يزعم أنه يستطيع معالجة الجنسية المثلية في كل من الرجال والنساء عن طريق إحداث التشنج أو الإرتجاف أو الإرتعاش بإستخدام عقار metrosol ، ولكن هذه الطريقة لم تلق نجاحاً . وكان يستخدم الإيحاء المفروض على الشخص أو توجيه الأوامر المباشرة للمريض تحت تأثير التنويم المغناطيسي ، ولكن هذه الطريقة أصبحت قديمة . ويقال في ذلك إن إزالة الأعراض بالإيحاء تقود إلى ظهور الأعراض ، وربما أسوأ منها ذلك نظراً لبقاء الصراعات المسئولة عن حدوث الإضطراب . وإعطاء الأوامر الصارمة للدخول في العلاقات الجنسية الغيرية الطبيعية ربما تزيد من صراعات المريض أو يمهد للإنهيار العقلي ، وإن كان هناك من يزعم بأن إقامة علاقات جنسية غيرية يعتبر من المبادىء الأساسية في الشفاء ، وذلك بإستخدام الإيحاء وتحت التنويم ،

ولكن هذا المنهج محدود للغاية ولا يصلح هذا العلاج كما لا يصلح الزواج إلا عند الأشخاص الذين يوجد لديهم رغبة قوية في العلاقات الطبيعية . ويذهب بعض الأطباء إلى القول بأن إقامة علاقات جنسية طبيعية مع شريك متسامح ، لا يهدد ، و« خبير » ، ربما يفيد في التغلب على حل الكف أو الضعف عند بعض المنحرفين . ويصف بعض الأطباء بعض النسوة من المومسات المدربات اللائي يظهرن تعاطفاً كاملاً للمريض كنوع من المعالجة . وهناك بعض الحالات التي شفيت بإستخدام علاج الإغراء في الحياة الواقعية حتى بدون seduction therapy .

الارشاد الطبي : وهناك بعض الحالات التي أصرت فيها الزوجة على شفاء زوجها وساعدته فعلا حتى تم الشفاء عن طريق تشجيعها وتفهمها له . ولقد تبين أن وسائل القوة أو القمع أو القهر أو العقاب أو التهديد أو عمليات غسيل المخ لا تصلح في شفاء هؤلاء المرضى .

وفي حالة إستخدام الدافع الديني بالتأكيد على عدم الضعف أمام الواقع الجنسي فإن هذا ينمي الضمير ، ومن ثم الكف المؤسس على الشعور بالذنب . وإذا إتخذ المريض قراراً هادئاً وقوياً بالسلوك العفيف فإن ذلك لن يسبب له أي ضرر ، ولكن الشعور الديني المتطرف يزيد من معاناة المريض وشعوره بالذنب والخجل . وبدلا من تنمية تحكم ذاتي قوي يسبب مزيداً من البؤس واليأس والفشل في أفكار الدوافع الخاطئة . إن رجل الدين يضطر إلى أن يدرس للمريض مجموعة من القيم مفادها أن السلوك اللواطي شرير ولا يمكن قبوله وليس له عذر مقبول .

أما إستخدام السجن والعقاب وسلب حرية المريض لكي يشفى Imprisonment على إعتبار أنه فرصة للعودة للجنسية الطبيعية فلا يمثل إلا أساساً عقلياً منطقياً فقط ، ذلك لأن عزل الفرد وبقائه في مكان مزدحم يشجع فيه النزعات اللواطية وإن كان هذا لا يمنع من أن كثيراً من الأطباء العقليين في

السجون يعالجون مرضاهم ، وإنما جو السجن يعوق سير العلاج ويقلل من آثاره الفعالة .

إن الطريق الوحيد لعلاج اللواط كما يقول ويست D. Jwest بالكف inhibitions عن طريق العلاج النفسي المصاحب للتكيف للجنسية خطوة بخطوة . أما السجن الذي يعزله عن عالم النساء ، ويخضعه للحياة الروتينية داخل السجن ، فإن فرصته في الشفاء قليلة بسبب هذا الجو . ومع هذا فقد وجد أن جمع هؤلاء المرضى ومعالجتهم كجماعة يأتيان بنتائج أفضل نسبياً .

ولكن هناك بعض الأفعال الجنسية التي تستوجب التحفظ على مرتكبيها بالقوة وذلك بسبب خطورة أعمالهم العنيفة سواء كان ذلك في الجنسية الطبيعية أو المثلية ، ولذلك يوضعون في مستشفيات خاصة . ولا يجد القضاة طريقة أفضل من وضعهم في السجن لحماية المجتمع من أخطارهم .

وبالنسبة للمرضى الذين يستطيعون أن يصوروا مشاعرهم تصويراً لفظياً ، وأن يتأملوا ذاتهم فإن أفضل أسلوب لمعالجتهم هو التحليل النفسي سواء بأسلوبه التقليدي أو بأحد أساليبه المشتقة .

والمعروف أن هذا المنهج يتضمن عدداً من الجلسات الطويلة والمتكررة لإخراج الأفكار والأوهام أو الخيالات الداخلية . إن الشخص العصابي لديه رغبة إستحوازية أن يحوم حول صراعاته ، ولكنه يظل بعيداً عن أعماق مشكلته « وهنا يوجهه المحلل إلى بؤرة مشكلته » ويشجعه على أن يصوغها بألفاظه صياغة كاملة وصريحة ، وأن يعبر عن صراعاته وإنفعالاته المتصارعة وأوهامه ، ويقوده بذلك إلى التعبير عن الذات . وفي أثناء عملية التحليل تطفو الصراعات ، ويعيش المريض مرة أخرى إنفعالاته بدرامية مكثفة ، يعيش سنواته الأولى . ولذلك يعتبر التحليل بالنسبة له كفاح مؤلم .

إن أعراضه العصابية أو نزعاته اللواطية تمثل تكيفاً للحياة ، ولكنه تكيف معتل ، ويرغب في التخلص منه ، ولكنه يجد نفسه متشبثاً بعصابيته . ولذلك

فإن العلاج يمثل معركة بين المخاوف ومقاومة أي تغيير من ناحية وبين الرغبة في الوصول إلى حالة السواء normality ولكن تغيير هذه الانفعالات والعادات التي تكونت عبر العمر الطويل بعمق ، لا يمكن أن يتم بسرعة . ولذلك فإن التحليل النفسي الكامل قد يستغرق خمسة جلسات أسبوعياً كل جلسة ساعة ونصف لمدة سنوات عدة . وحتى بعد هذا تعتبر المسألة صعبة عند بعض المرضى الذين يعودون ثانية إلى عصابيتهم . إن نجاح التحليل النفسي يتوقف على الاختيار الدقيق لنوع المرض أو الحالات ، وأنه عملية دقيقة وطويلة وباهظة التكاليف وتتطلب من المريض أن يكون على قدر معقول من الذكاء والقدرة على كشف الذات والرغبة المخلصة في عمل التحليل من أجل تحقيق الشفاء cure ، ولا يختلف أسلوب التحليل سواء كان المريض عصابياً أم كان لواطياً .

والأشخاص الذين يعانون من حالة شديدة من التوتر ويعانون من أعراض الحصر الدائمة ، والشعور بالذنب guilt feelings كما هي الحالةِ مع رجل كان يخاف خوفاً شاذاً من الحمل pregnancy يكون علاجهم سهل لأن صراعاتهم تكون قريبة من السطح ، وحالة بؤسهم هذه تجعل لديهم دافعاً قوياً strong motive للتغيير .

أما الحالات الصعبة على العلاج فهم المرضى الذين مارسوا اللواط لمدد طويلة كجزء من نظامهم الطبيعي ، والذين لا يوجد عندهم دافع ضاغط لمحاولة حل صراعاتهم الماضية . وفي كل الحالات يلفت المحلل نظر المريض إلى عوامل الكف التي منعت النمو الجنسي الطبيعي heterosexual development ويمكن أن يشرح له أن حب الفرد لفرد من نفس جنسه ليس شاذاً أو غير مفهوم ، ولكنه فقط غير ناضج immature وعندما تزال الحواجز عن الخوف اللاشعوري والشعور بالذنب يصبح المريض حراً في أن يختار موضوعاً أكثر ملاءمة لحبه . ولكن لسوء الحظ إكتشاف المحلل لمخاوف الطفولة infantile fears من جماع الأقارب incestnous وما إلى ذلك من أوهام يعتقد المريض أنها

متصلة بالجنس الطبيعي ، لا يؤدي هذا الاكتشاف وحده للشفاء أو اختفاء الرغبات المثلية .

يختلف المعالجون فيما بينهم في ضرورة إستخدام العلاج الكامل الطويل في مقابل العلاج النفسي قصير المدى . ولكن هذه المسألة تتوقف على الحالات الفردية والقوى العاملة فيها أو المؤثرات التي تؤثر في المريض . فإذا كان المريض تقيده مجرد مخاوف حاضرة أو راهنة عن توكيد نفسه فإن استكشافاً سطحياً قد يكفي لشفائه . وحتى إذا كان المعالج يرى أن خوف المريض من أفراد الجنس المغاير ينشأ عن خبرات مؤلمة في طفولته من الممكن التعامل مع هذه الذكريات المخيفة المهددة وإستكشافها في مدة قصيرة نسبياً ، أو ربما يستعين بإستخدام التنويم المغناطيسي في هذا الصدد hypnosis أو بإعطاء حقن في الوريد لتخفيف الحصر أو تلك التي تخفف من عقدة اللسان أو ما يسمى بعقاقير الصدق (anxiety tongue-loosening, truth drugs)[1] ويروي هادفيلد Hadfield أمثلة شفيت باستخدام العلاج النفسي القصير ، فيسرد قصة رجل شاب يبغض بغضاً شديداً كل النساء aversion ، وشفي عندما تذكر خبرة مريرة في طفولته ، جعلته فيها الخادمة يستمني عليها . وحالة أخرى لرجل جاء من ميلاد غير شرعي illegitimate تذكر كيف كانت أمه متبرمة وكئيبة لأنه كان عليها أن تعوله بمفردها ، وحاولت فعلاً أن تخنقه smother him ، بعد أن أخرج هذا الشعور بعيداً زال خوفه من النساء .

ولكن كثيراً من علماء النفس ينكرون صدق هذه الحالات كأساس علمي وتجريبي . إن مجرد تذكر الماضي وخبراته ليس كفيلاً وحده بالشفاء إن الشعور بالنفور من النساء يتولد عبر خبرات طويلة على مر السنين ، وعلى أساس من حدوث خبرات أليمة متكررة حتى تصبح هذه الخبرات إتجاهاً ثابتاً .

من التقنيات أو الأساليب المستخدمة لعلاج الانحراف الجنسي أيضاً العلاج السلوكي behaviour therapy .

---

(١) West, D. J., Homosexuality. Pelican Book, 1971.

العلاج السلوكي في علاج الانحرافات الجنسية :

يعتبر التحليل النفسي الأعراض العصابية مجرد علامات خارجية أو ظاهرية للصراع الداخلي inner conflict ومن ثم فإن إرتياد حياة المريض الإنفعالية وإستكشاف مشاعره اللاشعورية يمثل الطريقة الوحيدة للعلاج والشفاء . أما السلوكيون فينظرون لهذه الأعراض على أنها مجرد عادات خاطئة faulty habits ، وليس لها معاني رمزية وربما لجأ إليها المريض بمجرد الصدفة .

إن عالم النفس السلوكي ينظر للسلوك الجنسي غير الملائم كنظرته لعادة مص القلم أو الأصبع الناتجة من الجمود الفمي oral fixation ، فقد أصبح كلاهما إستجابات ذاتية آلية شرطية لمواقف معينة . ولمنع مثل هذه العادات كل ما يحتاجه هو كسر الصلة أو الإرتباط بين المثير والإستجابة stimulus and responses .

وهناك طريقتان للعلاج السلوكي إحداهما هي سلب الحساسية التي قال بها J. Wolpe وتستخدم بنوع خاص في علاج الفوبيات ، حيث يتعرض المريض بالتدريج للمواقف التي يخاف منها ، وذلك في أثناء إعطائه مثيرات تقلل من الحصر ، تلك التي تمنع ظهور الاستجابات المؤلمة الغير ملائمة ، ويمكن تطبيق هذه الطريقة على أصحاب المخاوف الجنسية وذلك بتعريضهم لمثير جنس طبيعي (seduction) كفتاة أو إمرأة ، في مراحل متدرجة مع بعض المشروبات المسكرة مصحوبة بالتأييد المعنوي والتعضيد من قبل المعالج . ولكن الأمور الخلقية والتقاليد تمنع الأخصائي النفسي من إعداد مثل هذا الموقف ، بمعنى أن المريض قد يقبل على النشاط الجنسي الطبيعي إذا توفر الاغراء وهو تحت تأثير الكحول . ويروي وولب وستيفنسون Stevenson نجاحهما في شفاء حالتين من حالات اللواط ، بإستخدام أسلوب غير مباشر . وإنما يعتمد أيضاً على تقليل الحساسية أو سلبها وكان الخوف من توكيد الذات يكمن وراء الصعوبة التي يشعران بهما ، وتم تشجيعهما للمرور بخبرات مرضية وناجحة تؤكد ذاتهم في مواقف يومية صغيرة حتى تخلصا تدريجياً من مخاوفهما .

كان أحدهما طالباً في سن ٢٢ سنة ، وكان جنسياً مثلياً منذ بلوغه ، والثاني كان حلاق نساء ، سن ٣٢ سنة ، وكان جنسياً مثلياً أيضاً طوال حياته . وكان الطالب يخضع لسيطرة أبيه في التبني ، وكان أبا غير متعاطف ، والثاني كانت أمه متسلطة وناقدة ، وكان أبوه سلبياً وضعيفاً . ولقد نما عنده شعور بالسلبية والخوف في المواقف الاجتماعية ، وكان يشعر بأنه لا حول له ولا قوة أمام شكاوي زبائنه غير العادلة . ولقد نجحا في تنمية اهتمامات جنسية طبيعية عندما نجحا في توكيد ذاتيهما ، ثم تزوجا وعاشا سعيدين .

ويمكن تفسير هذا الشفاء من وجهة النظر التحليلية على أنه تقمص لشخصية المعالج أكثر من كونه مجرد سلب آلي أو ميكانيكي للحساسية ، ولكن الجدير بالذكر هنا أن إزالة المخاوف غير الجنسية تقود إلى إزالة المخاوف الجنسية .

والمنهج الأكثر إستخداماً في علاج الانحرافات الجنسية هو :

العلاج بالنفور أو بالكراهية *Aversion therapy* :

قديماً كان معروفاً ويستخدم قبل ذلك في علاج مدمني الخمور قبل أن يصبح جزءاً من العلاج السلوكي .

وفي تطبيق هذا المنهج في علاج الانحرافات الجنسية تقدم صورة جذابة لموضوع الجنسي الشاذ للمريض ، ولكن يعمل على إعاقة شعوره بالسعادة بواسطة شعور مؤلم وغير سعيد أو عقاب ، كإعطائه حقنة تسبب شعوره بالغثيان nausea ، وبعد تكرار هذه العملية يجد المريض أن شعوره باللذة السابق قد حل محله رد فعل آلي أو ذاتي بالنفور أو الكراهية أو الاشمئزاز . ويروي بازل جيمس Boril James نجاحه في تطبيق هذا المنهج على رجل أعزب في سن الأربعين ، والذي سبق أن خضع لعلاج نفسي لنزعته اللواطية التي دامت معه طوال حياته ، وكان يشعر بالاكتئاب بل حتى بالرغبات الانتحارية بسبب

إنحرافه « أو فساده أو ضلاله » فأعطاه المعالج حقناً تسبب الشعور بالدوار في أثناء رؤيته صوراً مثيرة للواط ، وفي نفس الوقت كان يدير جهاز تسجيل يردد سوء حظه ، ومصائبه التي جلبتها له نزعاته اللواطية ، ومؤكداً الخصائص القذرة والمنفردة والمثيرة للغثيان لدوافعه الشاذة ، وينتهي الشريط بسماع أصوات للقيء وكان على المعالجة أن تتوقف بعد ٣٠ ساعة ، وذلك بسبب آثارها الجسمية ، ولكن بعد ٢٤ ساعة استئنفت ثانية لمدة ٣٢ ساعة أخرى ، وبعد ذلك تخلص المريض من دوافعه الشاذة وبعد حوالي ١٨ شهراً تحسن تكيفه الاجتماعي ، وتمكن من ممارسة الجنس الطبيعي ، وإن كان ذلك كما يقول هو بقليل من المتعة .

في العادة ما يتمثل المثير العقابي في حقنة من الحقن المقيئة emetic مثل apomor phine or emetine ولكن لهذه العقاقير بعض المخاطر ، فشدة ليس من السهل التحكم فيها ، والمفروض أن تتكرر كثيراً حتى يشعر المريض حقيقة بالتعب والارهاق . وقد يحدث في قليل من الحالات تسمم يفضي إلى الموت .

وإستخدام الصدمات الكهربائية بدلاً من العقاقير المقيئة فيه تجنب لهذه المخاطر ، وربما يكون أكثر سرعة وفاعلية لأن السرعة وضمان حدوث الألم الذي يتبع مثير اللذة الشاذة أكثر أهمية من شدة العقاب وقسوته .

ولقد حاول كل من سوليمان Solyom وميلر Miller دمج العقاب مع الثواب معاً في علاج الانحرافات الجنسية ، ولكن فشلت هذه الطريقة في تحصيل الشفاء . حيث تعرض الرجال المرضى لصدمة كهربائية بينما هم ينظرون إلى صورة أنثى ، ثم أعطيت لهم صدمة أخرى جديدة عندما عرضت عليهم صورة ذكر . فشلت في إزالة الاستجابة للمثير الذكر .

إن علماء النفس ينظرون للعلاج بالاشمئزاز على أنه أسلوب عقابي وقاس وغير إنساني ولا يثقون فيه ، وأنه « عدواني » كما أنه من المحتمل أن يرتد المريض إلى عاداته القديمة .

وفي العادة ما يعطى المريض المادة المقيئة في أثناء نظره إلى مثيرات من الرجال ويعطي منشطاً جنسياً عندما ينظر إلى صورة امرأة (المنشط الجنسي عبارة عن هرمون تفرزه الخصية هو testosterone propionate) وفي حالات أخرى تستخدم الصدمات الكهربائية حيث تعطى للمريض أثناء نظره إلى صورة مثيرة للجنسية المثلية معروضة على شاشة آلة عرض . وبعد ٨ ثوان تحدث صدمة غير سارة ، وتستمر حتى يضغط المريض على زر يؤدي إلى محور الصورة من على شاشة ، وإذا ضغط على الزر قبل انتهاء الثواني الثمانية يعطى مكافأة بعدم تعرضه للصدمة التي يتوقعها . وتبعاً لهذه النظرية فما أن تتكون استجابات تجنب الصدمة بقوة وثبات حتى تستمر وتظل باقية ولقد وجد أنه بعد إجراء ٢٠ معالجة بهذا الشكل قررت غالبية المجموعة التي خضعت لهذا العلاج حدوث نوع من التحسن في اهتماماتهم ونشاطهم الجنسي .

ولقد وجد أن المرضى الأصغر سناً ، وكذلك المرضى الذين يوجد لديهم دوافع قوية يستجيبون أفضل للعلاج . وأن أولئك الذين لم يحدث أن انقطعت أبداً من عندهم الأعراض الشاذة كانوا أقل استجابة ، كذلك كان المرضى المغرمون بالأطفال أقل إستجابة للعلاج ، وربما يرجع ذلك للصعوبة التي يجدونها في التكيف لحياة الكبار عامة .

ويمكن استخدام العلاج ، الاشمئزازي مع أنماط أخرى من النشاط الجنسي ، فقد نجح استخدامها في تخفيف شعور زوج بالولع الزائد تجاه سيدة أخرى ، فكان يتعرض لصدمة كهربائية كلما عرضت عليه صورة السيدة حتى بدأ يشعر بالذنب .

والواقع أن استخدام العلاج بالاشمئزاز ينبغي أن ينحصر في الحالات التي يأخذ انحرافها شكلاً خطيراً مضاداً للمجتمع وأولئك الذين يشعرون بالألم الشديد مع الشعور بالذنب والاكتئاب والحصر ، والذين يرغبون في الراحة من الإغراء الجنسي بأي ثمن كان[1] .

(١) West, D. J., Homosexuality, Pelican Book, 1961.

علاج إدمان الخمور :

إن عملية علاج مدمني الخمور عملية طويلة وكبيرة يشترك فيها أكثر من تخصص ، ولكن يمكن تحديد عدة خطوات منها ضرورة شعور المدمن بالحاجة إلى العلاج ، ولا بد أن يتخلص من الشعور الزائف بأفكار الإدمان أو بالكبرياء ، وعليه أن يقبل أنه مدمن وينبغي عليه أن يتوقف عن الشرب . وفي الغالب ما يكون المريض قد قام بمفرده بعدة محاولات للتوقف .

والخطوة الثانية أن يقنع نفسه أنه لا يستطيع أن يتكيف بمفرده بدون مساعدة ، ذلك لأنه على الرغم من فشل محاولاته يظل المدمن مصراً أنه يستطيع أن يتغلب على إدمانه addiction . وعلى الرغم من أن هناك محاولات تلقائية يتم فيها نجاح المدمن في الإقلاع ، وفي مثل هذه الحالات يلعب الإيمان[1] الديني أو العودة لحظيرة الدين دوراً بارزاً ، إلا أن هذه الحالات كما يقرر المجلس البريطاني الوطني للكحولية the national council on alcoholism غير مشجعة . ورغم الوعود الكثيرة التي يتخذها المدمن alcoholic على نفسه إلا أنه يرتد ثانية للخمر . وعلى الرغم من علمه أنه يحطم حياته ويفسدها فإنه ما يزال متوهماً أن الخمر هو الحل الوحيد الذي وجده لمشاكله ، ولذلك فإنه غير مستعد للإقلاع عن الخمر ما لم يكن متأكداً من وجود طريق آخر مفتوح أمامه .

والخطوة التالي لذلك هي علاج ما قد يكون نشأ عن الإدمان من أمراض جسمية . والمعروف أن الخمر يؤدي إلى فقدان الشهية ، كذلك فإن وظائف الكبد تحتاج إلى عناية كبيرة في الوجبات للشفاء مما يتركه الخمر من آثار على الكبد . كذلك فإن المريض في حاجة إلى علاج نقص التغذية ، وبوجه خاص نقص الفيتامينات ، ويحتاج ذلك إلى إعداد وجبات غنية للمريض . ويحتاج الجهاز العصبي لفترة أطول من العلاج حتى يصل إلى حالته الطبيعية .

أما الأعراض الانسحابية withdrawal symptoms فيمكن علاجها الآن

---

(١) Kessel, N. and Walton, H. Alcoholism, Pinguin Book, 1965.

دون إعطاء المريض مزيد من الخمر ، كما كان يحدث في الماضي ، وإنما يكفي أن يعطى المريض أي عقار مهدىء أو مسكن Tranquilizing drug. وفي العادة ما يعطى عقار cholorpromasine . ويساعد هذا العقار في تقليل حدوث نوبات الهذيان الارتعاشي أو الارتجافي delirium tremens ، وإذا حدثت النوبة فإنها تنتهي في غضون عدة ساعات .

وينصح المدمن عند بداية العلاج بدخول المستشفى لأن ذلك فيه بعد عن الخمر ، وبعد البقاء في المستشفى لعدة أسابيع يستطيع أن يستكمل العلاج في العيادة الخارجية .

ويستهدف العلاج عدم إرتداد المريض وعودته للخمر ، وأن يعي الأسباب التي دفعته لشرب الخمر ، ومن ثم التغلب على هذه الأسباب وتعضيد وسائله في التكيف الاجتماعي .

ويحتاج المريض لشخص يثق فيه ، ويعتمد عليه ويثق في مهاراته وفي مساعدته ، على التخلص من عادة الشرب .

على الرغم من أن مدمني الخمور قد يذهبون إلى الأطباء البشريين العاديين أو المستشفيات العامة إلا أنهم يقررون أنهم لا يلقون المساعدة اللازمة ، أو الفهم الحقيقي لمشكلاتهم ، ولكن هناك وحدات متخصصة في المملكة المتحدة البريطانية تستقبل مدمني الخمور وحدهم . ولقد بدأت أول هذه المراكز في عام ١٩٤٤ ويتكون فريق المعالجين فيها من أطباء بشريين وأطباء عقليين وسيكولوجيين وأخصائي إجتماعي وكتبة وممرضون . وأهم خواص هؤلاء أنهم يؤمنون بأن الإدمان مرض ، وينظرون إلى المريض بدون عدوان أو عداوة أو احتقار ، وبدون إصدار حكم خلقي عليه . ويعملون كفريق ، ويتناولون المريض تناولاً شاملاً للنواحي الجسمية والعقلية والنفسية والإجتماعية بصورة متكاملة منسقة .

يسهم العلاج الطبي في تحسين حالة المدمن ، ولكن يبقى الدور الأساسي

في التخلص من أسباب الادمان للعلاج النفسي . لا شك أن المدمن لديه صراعات ومشكلات نفسية هي التي جعلته يعتمد على الخمر . وتساعد المعالجة النفسية في تعديل سلوكه وإتجاهاته . وقد يلجأ المريض في بعض الأحيان للشرب للتخفيف من حدة التوترات والقلق أو الحصر والضيق ، وفقدان الثقة بالنفس والشعور بعدم الأمان . وهنا يشجع المريض على التحكم في هذه الانفعالات دون الاعتماد على الخمر . أما الهدف النهائي للعلاج النفسي فهو تعديل الشخصية .

من الوسائل المجدية في علاج الكحولية العلاج النفسي الجماعي حيث يجتمع نحو عشرة من المدمنين والمعالج النفسي في جلسات تستغرق الواحدة ساعة ونصف ، وتستمر لمدة عام ، ويعمل المعالج على إثارة التفاعل الجماعي ، ذلك التفاعل الذي يؤدي إلى حدوث تغيرات في الشخصية . وتدور مناقشة المجموعة حول وصف خبراتهم الأخيرة ، ويتحدث كل عضو بحرية ، بحيث يصف خبراته ، ويشترك الجميع فيما يحدث من إنتصارات وكوارث وإنتكاسات ، ويتأثر الجميع عندما يعود واحد منهم إلى الشرب . ويساعد الفهم والصلابة في إتخاذ القرارات القوية ، وكذلك المهارات في الإتصال تساعد المدمن على الشفاء .

إن المدمن في وسط الجماعة العلاجية يجرب طرقاً أخرى في التعامل مع الناس ، وهو متأكد من أن آدائه وسلوكه لن يكونا محل نقد أو إحتقار أو مهانة من الآخرين . ويقابل العضو تسامح لم يقابله من أي جماعة أخرى ، كذلك هو يعتقد أن المعالج سوف يضع حداً لأي « شطحات » فردية قد تؤدي إلى تهديد أو إيزاء الأعضاء ، فالمعالج يشجع العلاقات العلاجية ، ويواجه الخبرات والانفعالات المؤذية في وقتها ، ولكن دوره ليس في التسلط أو السيطرة على الجماعة أو إسداء النصح ، ولكن الجماعة تعمل ككل في حل صراعاتها . وتساعد في المناقشة وعرض صور من مشاكل المدمنين على تنمية قدرة المدمن على أن يقف موقف الغير ، وأن يفهم العلاقة بينه وبين زوجته وأبنائه وألا يرى

الأمور من زاوية واحدة أو من جانب واحد . وتؤثر الجماعة عن طريق إقناع المدمن بأن الادمان ليس خطيئة أو نذالة ، كما أنه يتأثر برؤية قدرة زملائه وقوتهم الايجابية في محاربة الادمان في إزالة إحتقاره لنفسه ، كما أنه يتشجع عندما يرى أن الآخرين قد حققوا ما كن يعتقد أنه مستحيل ، كذلك فإن الجماعة تجعله يرى المواقف التي يمر بها ، وتعلمه كيفية التعامل معها . كذلك فإن فحص الجماعة لطرق رد الفعل ، وباستكشاف منابع هذه الطرق يستطيع أن يغير المريض من أساليبه الانهزامية والاستسلامية من الوسائل التي ساعدت على شفاء كثير من المدمنين حركة المدمن المجهول alcoholies Anonymous .

ترجع هذه الحركة إلى كل من بل W. Bill وبوب Bob في عام ١٩٣٥ ، وكانت تستهدف مساعدة المدمن عن طريق مساعدته لكي يساعد غيره من المدمنين .

ولقد استمدت هذه الحركة مبادئها ومناهجها من كثير من المصادر ، من بينها المصدر الديني ، حيث كانت تستخدم بعض الأغاني الدينية « رب امنحني القوة والقدرة للانفصال عن تلك الأشياء التي لا أستطيع تغييرها ، وإمنحني الشجاعة لتغيير تلك الأشياء التس أستطيع تغييرها » . ويطلب من العضو في هذه الحركة أن يؤمن بأن قدرة أكبر من قدرتنا تستطيع أن تشفيه وأن تعيدنا إلى حالة الصحة العقلية . ولقد أدخل إلى هذه الحركة الطبيب سلكورث W.D. Silkworth فكرة أن الادمان نوع من المرض . ولا تعتمد هذه الحركة على إعتبار أن الادمان يرجع إلى أسباب نفسية عميقة في الشخصية . ويتضمن برنامج هذه الحركة على الخطوات التالية :

١ ـ الاعتراف بأننا كنا ضعفاء أو عديمي القوة أمام الكحول ، وأن حياتنا أصبحت خارجة عن سيطرتنا .

٢ ـ الإيمان بأن هناك قوة أعظم منا تستطيع أن ترجعنا إلى حالة الصحة العقلية sanity .

٣ ـ نتخذ قراراً أن نوجـه إرادتنا وحياتنا إلى عناية الله كما نفهمه .

٤ ـ نعمل فحص أو بحث خلقي لأنفسنا دون خوف .

٥ ـ نعترف لله ولأنفسنا ولغيرنا من البشر بطبيعة أخطائنا الحقيقية .

٦ ـ لنكن مستعدين كلية لكي يزيل الله تعالى كل هذه النقائص من طباعنا .

٧ ـ نطلب من الله تعالى بكل تواضع أن يزيل أوجه الضعف فينا .

٨ ـ نعمل قامة بأولئك الناس الذين آذيناهم ، ولنصبح مستعدين لنرضي كل منهم .

٩ ـ نعمل ترضية مباشرة لهؤلاء الناس حيثما يمكن ذلك فيما عدا إذا كان ذلك يضرهم أو يضر غيرهم .

١٠ ـ فلنستمر في عمل الفحص الشخصي وعندما يتبين أننا على خطأ فلنعترف تلقائياً بذلك .

١١ ـ فلنفكر في قوة الصلاة والتأمل لتقوية روابطنا الداعية بالله تعالى كما نفهمه .

١٢ ـ ما أن نمتلك خبرة روحية نتيجة المرور بهذه الخطوات فلنحاول أن نحمل هذه الرسالة إلى المدمنين ، ولنمارس هذه المبادىء في كل أمور حياتنا[١] .

وهناك مبادىء أخرى مساعدة منها الإهتمام في المحل الأول بسعادة الجماعة ورعايتها ، وأن الشفاء يعتمد على وحدة أعضاء هذه الحركة . وأن كل جماعة هدفها الرئيسي هو مساعدة المدمنين الذين ما زالوا يقاسون من آلام الإدمان . ومن تقاليدها عدم إبداء الآراء في الشئون الخارجية في المجتمع « فلا تدخل في معارك أو تناقضات عامة » .

(١) Kessel. N. and walton, H. Alcoholism, Penguim 1965.

أما الاشتراك في مثل هذه الجماعة فهو عملية سهلة عن طريق الإتصال بأحد أعضاء هذه الجماعة شخصياً أو تليفونياً : وليس من الضروري أن يكون العضو قد توقف فعلاً عن الشرب . تقدم للعضو الجديد ثقافة فرعية جديدة ، وجماعة جديدة تهتم بهدف واحد مشترك ، ونظرة جديدة للحياة ، ويتعلم لغة جديدة فنية يعبر بها عن الاعراض التي تحدث في الإدمان ، كما أنه يعتنق نظاماً من الأفكار إخترعه المدمنون أنفسهم ، هذه تساعده على التوقف عن الشرب .

أي شخص يريد أن يتوقف عن الشرب ومستعد للإعتراف أنه ضعيف أمام الكحول يستطيع أن ينضم إلى هذه الحركة ، ويوجد جماعات في معظم مدن العالم . .

وفي الجلسات عندما يلتقي الأعضاء يناقشون مظاهر نجاحهم وفشلهم منذ نهاية المقابلة الماضية ويناقشون الصعوبات التي تواجه الجميع .

ولا تهتم هذه الحركة إلا بالإدمان ، ولا تعتمد على الأطباء أو غيرهم من أرباب المهن التخصصية . وقد تدعو الجماعة ـ زوجات الأعضاء لبعض اللقاءات للادلاء بآرائهن .

وتحافظ الجماعة ـ على سرية أعضائها ، فعند التقديم لا يدون العضو إلا اسمه الأول ، وتهتم الجماعات الإنجليزية بمبدأ السرية هذا أكثر من مثيلاتها في أمريكا الشمالية .

كل عضو جديد يخصص له راعي أو كفيل أو ضامن وهو مدمن سابق نجح في التوقف عن الشرب ، ووظيفة هذا الراعي أن يأتي لمساعدة المريض كلما كان ذلك ضرورياً ، وأن يبقى معه أي فترة من الزمن .

وتضحية الكفيل هذا ورعايته من مبادىء الحركة الأساسية . أما اللقاءات مع الجماعة فقد تكون كل ليلة . يجد العضو مجموعة كاملة من الناس يشاركونه إهتماماته ومشاكله ، ويساعد ذلك على نمو احترامه لذاته self-esteem ، ويجد

جماعة من الأصدقاء يمتازون بالنشاط والحيوية ، ويستمتع بقيامه بمساعدة الآخرين ، وأحياناً بدور قيادي في جماعته المحلية .

إن شعوره بالذنب لأنه تسبب في إيذاء الآخرين يخف بسبب الراحة الناتجة من الإعتراف confession ، وعن طريق الفرصة المتاحة أمامه لمساعدة الأعضاء الجدد . وكثير من الأعضاء تصبح الحركة عندهم الشغل الشاغل الأساسي في حياتهم .

إن عضوية هذه الحركة تصبح تغييراً في حياة الفرد الذي لا يحتاج إلى إستكشافات سيكولوجية لمشاكله الكامنة والذي يجد متعة ورضاء في مساعدة الآخرين الذين يقاسون من الآلام ، والذي يتسم بالسمات الإجتماعية ويجد لذة في صحبة الناس .

في الوقت الحاضر تقبل هذه الجماعات أعضاء يتلقون في نفس الوقت بعض المعالجات السيكولوجية . في بعض الأحيان تدعو المستشفيات أعضاء هذه الجماعات للقيام برعاية المرضى وتتعاون معها . ولكن هذه الجماعات أقل تأثيراً في الأشخاص غير الإجتماعيين ، كما لا تصلح مع الأشخاص الذين لا يرغبون في الإعتراف علنا بأدمانهم .

علاج الكحولية بالنفور أو الإشمئزاز :

يعتمد بعض الأطباء في علاج مشكلة الكحولية على منهج الإشتراط conditioning ، ومؤداه خلق شعور أو إحساس في المريض غير سعيد كإستجابة لمذاق أو لرائحة أو لمنظر أو لرؤية الكحول .

ومن أشهر العقاقير المستخدمة عقار apomorphine الذي يؤدي إلى حالة قيء شديد vomiting بعد أن يحقن به المريض . وتعطى الحقنة من هذا العقار قبل « الشرب » بنحو نصف ساعة ، بحيث يشعر المريض عندما يشرب الخمر بحالة الغثيان أو الدوار بعد أن يشرب الخمر مباشرة فيتقيء وتتكرر هذه العملية

عدة مرات ، حيث تتم ست جلسات في حوالي أسبوعين . وعند إنتهاء الإشتراط يكون المريض قد كون إرتباطاً بين رائحة الكحول ومذاقه ورؤ يته وبين الآثار المعدية له ، وبعد ذلك لم يعد العقار مطلوبا حيث يشعر المريض بالغثيان حينما يتناول كأساً . في الغالب ما تتم معالجات تعزيزية لتقوية هذا الإرتباط وتتم كل ستة شهور ، ولكن بجلسات أقل . ويحتاج العلاج لإحتياطات طبية لإسعاف المرضى الذين ينهارون من شدة القيء . وفي أحيان أخرى يستخدم عقار آخر يطلق عليه اسم emetine .

ففي السنوات الأخيرة إستخدمت أساليب أخرى لتكوين هذه العلاقة الإرتباطية وذلك بإستخدام الصدمات الكهربائية أو بإحداث شلل عضلي مفاجىء بعد أخذ حقنة تسبب هذا الشلل . وهي تسبب في الواقع إسترخاء شديداً في العضلات . ويبدو أن هذا المنهج يستخدم بكثرة في روسيا وبولندا بينما لا يميل الأطباء في إنجلترا وأمريكا لإخضاع مرضاهم لإجراءات مؤلمة وغير سارة . ويزعم من يستخدم هذا العلاج في أمريكا شفاء نصف مرضاه ، ولكنه لا يدخل ضمن العلاج الحكومي المجاني . ولكن إنتشار العلاج السلوكي عموماً وقيامه على أسس نظرية وتجريبية متينة يجعل من الضروري التوسع في إستخدام هذا المنهج في العلاج . ولا شك أنه علاج سريع ومأمون الجانب إذا أجرى تحت ظروف مضبوطة .

علاج الإدمان بالتنويم المغناطيسي :

كثيراً ما يطلب المرضى من أطبائهم علاجهم بواسطة التنويم المغناطيسي وفعلاً يستخدم التنويم في علاج بعض حالات الإدمان ويعتمد على الإيحاء للمريض أو المدمن بأنه لا يستمتع بالشرب أو بأن الشرب قد جعله مريضاً ، ولكن هذه الإيحاءات لا تدوم طويلاً وقليلاً من المرضى الذين يستفيدون من هذا المنهج[١] .

---

(١) Kessel. N., and Walton, H., Alcoholism, Pelican Book., 1965.

علاج الخوف الشاذ :

الشعور بالخوف من المشاعر المرضية التي تصاحب كثيراً من الأمراض النفسية وخاصة القلق .

ويمكن النظر إلى مناهج علاج الخوف أو الحصر بأنها تقع في نوعين :

النوع الأول : يحاول مباشرة خفض حدة الخوف أو القلق ، كما هو الحال في منهج العلاج السلوكي .

والنوع الثاني : يحاول أن يخفف من تلك الأسباب التي تكمن وراء الخوف أو القلق ، ومن أمثلة ذلك التحليل النفسي . ويعد العلاج السلوكي منهجاً جديداً نسبياً قائماً علـى أساس التجارب النفسية . وهو منهج مباشر في العلاج ، ويعتمد المنهج المباشر على عمليات منها سلب الحساسية أو وقف الحساسية deseusitization وطريقة الفيضان flooding وطريقة التشكيل modelling . ومن أشهر المناهج غير المباشرة منهج التحليل النفسي وله كثير من الفروع ، ويستهدف التعرف على الأسباب التي تكمن وراء الخوف حتى وإن كانت غير متصلة ظاهرياً بالشعور بالخوف(١) .

لقد بذلت عبر السنوات العشرين الماضية جهود كبيرة في مناهج خفض الخوف أو علاج الخوف ، بل لقد شملت مناهج تخفيض الخوف دراسة كل ظاهرة الخوف نفسها وسبقتها .

ولقد تم هذا التقدم كجزء من حركة علمية واسعة تعرف باسم العلاج السلوكي ، وأسهم فيها علماء من أمثال Rachman, Eysenck and Wolpe و Beech و Meyer و Chesser(١) ١٩٦٥ ويشمل مجموعة من التقنيات

---

(١) Rachman, S., The Meaning of Fear , a Penguin Book 1974.

(٢) Meyer, Vo and Chesser, E. 1970, Behaviour Therapy and Clinical Psychiatry, Penguin Book.

والأساليب الفنية لعلاج الإضطرابات النفسية وأوجه النقص . ولقد قام العلماء بإجراء تجارب لمعرفة الطرق التي يتكون بها شعور الخوف ، فقد علموا طفلاً كيف يخاف من فأر أبيض ومن مثيرات أخرى مشابهة ، عن طريق الربط المتكرر لظهور منظر أرنب أو فأر مع ضوضاء عالية مخيفة أمام طفل صغير ووضع هذا في عقله ، وقام جونز Jones ١٩٢٤ بتطبيق منهج إشتراطي للتغلب على مخاوف طفل في سن الثلاثة سنوات ، وكان الولد يخاف من الفئران البيضاء والأرانب ومن القطن والصوف والفراء وغير ذلك من المثيرات المشابهة ، وكان الخوف من الأرانب يمثل محور المخاوف عند هذا الطفل ، لذلك قرر المجرب خفض هذا الخوف أولا ، فكان يعرضه للإتصال بالأرنب في فترات لعبه اليومي حيث كان يجلس الطفل مع مجموعة من ثلاثة أطفال لا يخافون يلعبون معاً ، وكان يستحضر الأرنب في نفس الحجرة لفترات قصيرة كل يوم ، وأصبح تحمل الطفل لرؤية ذلك الأرنب يتحسن تدريجياً . تضمنت الخطوات المتتابعة إستحضار الأرنب في قفص على بعد ١٢ قدما ، ثم على بعد مسافة أربعة أقدام ، ثم أصبح ملاصقا للطفل ، ثم أصبح الأرنب حراً طليقاً في الحجرة مع الطفل ، وبعد ذلك أصبح يداعبه بتعاطف كبير .

وطريقة أخرى استخدمها جونز تعتمد على إستجابات التغذية ، ففي أثناء حضور مثير سار سعيد من الأطعمة الشهية يأتي الأرنب ، وإستمر هذا العرض فاختفى الخوف تدريجيا بسبب الإستجابة الإيجابية . وبإستخدام هذا المنهج تمكن جونز من تخليص هذا الصبي من الخوف من الأرنب وغيره من المثيرات المتصلة به .

أما الطريقة الحديثة التي يستخدمها ايزينك ورتش مان ١٩٦٥ فتتمثل في علاج صبي في سن السبع سنوات يخاف خوفاً شاذاً فوبياً من النحل ، وكانت هذه الفوبيا شديدة وتعرقل كثيراً من مناشطه ، كأن تحول بينه وبين اللعب في الحديقة وكان يعاني منها منذ ثلاثة سنوات . وعلى الرغم من أن هذا الصبي لم

يكن يتذكر أن نحلة ما قد لدغته إلا أنه يعرف أن كثيراً من الناس قد لدغتهم ، وأن كثيرين يخافون خوفاً شديداً من النحل . وبعد فحص طبيعة خوفه وضعت خطة للعلاج تعتمد على إستجابات التغذية ، وعلى القبول الإجتماعي ، وعلى التعرض التدريجي للمثيرات المرتبطة بالنحل . ففي البداية كان يعرض على الطفل صورة فوتوغرافية صغيرة لبعض النحل ، ثم بعد ذلك صورة كبيرة ، وبعدها صور ملونة ، وتلا ذلك نحل ميت في زجاجة وضع أمامه في نهاية الحجرة ، ثم يقترب منه نحل ميت في زجاجة تدريجياً . وبعدها عرض عليه النحل الميت خارج الزجاجة وعرض عليه النحل الميت على لوحة ، وهكذا إستمر التعامل المتزايد مع النحل الميت حتى قدم له عدد منها ، وبعدها كلف بلعب مباريات في خياله مع النحل الميت ، ولقد تقدم الصبي تدريجياً وبصورة منتظمة ، وبعد ثمانية جلسات قررت أمه حدوث تحسن كبير . وقالت لم يعد يبدي الإستجابات الفيزيقية ، حيث كان يصفر وجهه ويعرق ويشعر بالبرد والرعشة والارتجاف وتسيب ركبتاه . أما الآن فيستطيع أن يلعب بمفرده في الحديقة ، واوضح تتبع الحالة عدم عودة هذه الفوبيا .

في الوقت الحاضر تستخدم الطرق الخمسة الآتية في علاج الخوف وهي :

١ ـ التقليد الإجتماعي .
٢ ـ إستجابات التغذية .
٣ ـ الهدم المنظم .
٤ ـ إستجابات التعاطف .
٥ ـ الاشتراط المباشر .

سلبيات الحساسية المنظم Systemanic desensitisation :

. في السنوات الأخيرة قام وولب Wolpe بدراسات في إنتاج وعلاج العصاب التجريبي الشرطي : experimental neurotic feeling في الحيوانات ، ثم ترجم اكتشافاته إلى ميدان الممارسة الإكلينيكية . وأطلق على

منهجه في العلاج إصطلاح سلب الحساسية المنظم . ويتألف هذا المنهج من خطوتين أساسيتين هما :

أ ـ إعطا تدريب منظم في الاسترخاء العضلي للمريض .

ب ـ ثم يطلب منه أن يتخيل بتزايد مثيرات مخيفة ، أو مناظر مخيفة بينما هو في حالة إسترخاء relaxation فتقدم مثيرات الخوف الخيالية بتزايد تدريجي .

وبتكرار تمرين خبرة الخوف الخيالية يكتسب المريض تدريجياً القدرة على تحمل المواقف أو الأفكار المخيفة في خياله ، وهذا التحسن ينتقل تدريجياً إلى المواقف الحقيقة .

إن معظم معرفتنا عن طبيعة الخوف أتت من دراسة أشخاص أسوياء أظهروا خوفاً زائداً ، من العناكب والأفاعي والديدان . . . الخ .

لقد قام كل من لانج Lang ولازوفيك Lagpvik ١٩٦٣ بإجراء تجربة لعلاج الخوف تناولت ٢٤ طالباً جامعياً كانوا يعانون من فوبيا الخوف من الأفاعي ، وتم إختيارهم على أساس تقديرهم الذاتي لمخاوفهم ، وعلى أساس سلوكهم إختبار تجنب الخوف حيث تعرضوا لأفعى حية ولكنها غير ضارة ، ثم قسمت هذه المجموعة فأعطيت الأولى تجارب سلب الحساسية ، بينما بقيت الأخرى كجماعة ضابطة لم تتلق أي علاج . ولقد أعطى كل فرد من أفراد المجموعة التجريبية إحدى عشر جلسة في سلب الحساسية ، وكان يطلب منهم أن يتخيلوا بتزايد تدريجي مواقف مخيفة تحتوي على الأفاعي بينما هم في حالة عميقة من الاسترخاء ، وإشتركت في بناء قائمة في المواقف المثيرة للخوف التي تتضمن الأفاعي ، وفي نهاية التجربة أعيد تقدير المجموعتين ، وإتضح من التجربة أن خوف المجموعة التي تلقت سلب الحساسية كان أقل بصورة جوهرية ، وإستمر هذا التحسن لمدة ستة شهور .

وفي دراسة أخرى للباحثين السابقين تبين أن سلب الحساسية يؤدي إلى تأثير يختلف ويزيد عما يؤديه أي موقف علاجي آخر . فقد تضمنت التجربة

الأخيرة إعطاء علاج زائف للمجموعة الضابطة pseudo- therapy . كذلك تبين أن هذا العلاج لا يتطلب معرفة السبب الأصلي لخوف المريض من الأفاعي ، كذلك فإن العلاقة بين المعالج والطبيب لم تكن كافية لتغيير الخوف من الأفاعي . وأخيراً أسفرت تجاربها عن أن ممارسة سلب الحساسية من خوف معين يعمم بطريقة إيجابية ، أو ينتقل إلى مخاوف أخرى .

وما زالت التجارب الحديثة تؤيد تجارب لانج Lang سواء إستخدمت نفس الأسلوب أو نفس الأشخاص أو نفس أساليب التقويم أو إستخدمت غيرها .

وتجري تعديلات متعددة تستهدف تقصير مدة تخيل المثير وتقليل جلسات التدريب وحذف بعض المناظر المخيفة وما زالت هذه التجارب تؤيد العمل الذي قام به وولب . ولقد أجريت بعض التجارب لمعرفة طبيعة عملية سلب الحساسية ذاتها وقيل أنها نتيجة لإمتزاج تعليمات الإسترخاء والعرض التدريجي للصور المخيفة . وعلى الرغم من أن تمرين إسترخاء العضلات يسهل دور سلب الحساسية يبدو أنه غير أساسي في خفض الشعور بالخوف . وتفسر هذه النتيجة بأن إعادة أو تكرار المناظر المخيفة تدريجياً يخفض من حدة الخوف ، ويمكن أن يساعد على هذه العملية ، الاسترخاء ويبدو هذا الانخفاض في ردود الفعل الذاتية ، وفي زيادة السلوك الظاهري بالإقتراب من موضوع الخوف ، ولكنه يظهر أقل وضوحاً في العوامل النفسفسيولوجية كتغيرات مقاومة الجلد .

ليس من الضروري أن نصل إلى الدلالة الرمزية لخوف ما لكي نزيله ، كما أنه ليس من الضروري أن نغير من إتجاهات الفرد الأساسية أو نعدل جوانب من شخصيته لكي نقلل من الخوف . ويزعم أنصار هذا المذهب أن إزالة الخوف نادراً ما يتبعها ظهور مخاوف جديدة أو مشاكل بديلة .

إن انخفاض مخاوف الفرد لا يرتبط بقابليته للإيحاء كذلك فإن الإسترخاء وحده لا يخفض من الشعور بالخوف ، كما أن العلاقة العاطفية مع المريض لا

تزيل في حد ذاتها مخاوفه بل أن هناك أدلة على أن تعريض الفرد لمواقف الخوف في حياته الطبيعية بصورة تدريجية قد تؤدي إلى تحسن حالته .

علاج الخوف بفيض من المثيرات Flooding :

في السنوات الخمس الماضية إزدهر منهج لعلاج الخوف ، يعتمد على كشف مطول لمثير مخيف مكثف أمام مريض بالخوف . ويأتي السند التجريبي لهذا المنهج من التجارب التي أجريت على الحيوانات الصغيرة ، حيث أثير فيها الخوف صناعياً ، ثم تعريضها لمثيرات شديدة ومكثفة للخوف مع منع الحيوان من الهروب من هذه المثيرات المخيفة جداً . ولقد وجد أن التعرض لمثيرات مكثفة جداً تقود إلى إنخفاض سريع في الشعور بالخوف . واهتم بالتطبيق الإكلينيكي لهذا المنهج عالم أمريكي هو ستامفيل stampfl (١٩٧٠) ووضع نظاماً للعلاج أطلق عليه إسم implosive therapy وكان يطلب من مرضاه متعمداً أن يتخيلوا مناظر غير سارة بالمرة والتي كان يكتشفها المعالج في ديناميات المريض مسبقاً , وكانت المادة المستمدة بهذه الطريقة تستخدم في العلاج ، حيث كان يطلب من المريض أن يحيا مرة أخرى في خياله خبرات القلق التي مر بها في الماضي وخاصة حياة طفولته . وعلى الرغم من التفسير النظري الذي قدمه ستامفيل لم يكن مقنعاً إلا أن الآثار الإكلينيكية التي أوردها أدت إلى مزيد من الإهتمام بمنهج « الفيض » ويمكن أن يتم الفيضان في مواقف الحياة العادية ، ويمكن أيضاً أن يتم فقط في خيال المريض . فبعد أن يعرف المعالج أهم مخاوف المريض يعرضه لهذه المخاوف ، إما في الواقع أو في خياله لفترات مطولة . ويؤدي ذلك إلى إنخفاض حالة الخوف ، ويتم ذلك في فترة قصيرة . ولكن ما زال هذا المنهج في حاجة إلى مزيد من الدراسة والبحث للتعرف على طبيعة نتائجه .

من المناهج الجديدة أيضاً منهج التقليد العلاجي أو الصياغة أو التشكيل لعلاجي .

التقليد العلاجي Therapeutic modelling

يهتم العلماء بأي منهج لمحو الخوف غير منهج سلب الحساسية . ولقد زعم كل من Ritter, Blanchard, Bandura (١٩٦٩) أن التقليد الحي أو التشكيل أو النمزجة modelling الذي يتبعه الشخص الخائف يقلل من الخوف من الأفاعي أكثر من سلب الحساسية . ويزعمون أن تطبيق هذا المنهج أدى إلى شفاء ٩٢٪ من مجموع المرضى الذين جربوه . ولقد كان هذا أحد المناهج التي أوصت بها Mary cover Jones عام ١٩٢٤ في بحثها عن « التقليد الاجتماعي » وفيه يسمح لعدد من الأطفال بالنشاط الإجتماعي الخاص بمجموعة من الأطفال مختارين على أساس المركز والبريق أو المكانة prestige .

ولتقليد أرباب المكانة الإجتماعية البراقة أهمية من حيث أنه يسمح بنقل أنماط من السلوك التي يقلدها المريض ، ويمنع الإستجابات غير الضرورية ، ومن بينها الخوف ، ويسهل التعبير عن السلوك الملائم السابق تعلمه ، ويقوم على اساس تقديم نماذج امام الطفل لكي يقلدها . وينبغي أن يتبع الموقف العلاجي خبرات من مواقف الحياة الواقعية تحت إشراف المعالج ، ويدعو « بندورا » إلى ضرورة عمل التعزيزات لضمان عدم حدوث الخوف ـ وتتكرر عملية عرض المريض على النموذج عدة مرات وتأخذ فترات العرض هذه في الزيادة المتدرجة . استخدام نماذج غير خائفة يعمل المريض على تقليدها .

ولكن يلاحظ أن هذا المنهج لا يصلح لعلاج الخوف المرضي الشديد الذي يحتاج إلى مساعدة الأخصائي النفسي المعالج وإنما يصلح فقط لعلاج الحالات الخفيفة .

علاج الإنحراف السيكوباتي :

يذهب كثير من الأطباء إلى أن علاج الإنحرافات السيكوباتية أمر مستحيل ، وأن نسبة الفشل في الإجراءات العلاجية تصل إلى ١٠٠٪ ، وأن شفاء هذه الحالات يقع خارج الإمكانيات الطبية المتوافرة . فيقال أن

السيكوباث psychopath لا يشفي عن طريق الحبس imprisonement ولا عن طريق آخر .

ويرى كثير من علماء الطب العقلي أن السيكوباتية تتجاوز حدود العلاج Psychopathy is Untreatable . ويـذهب هيرفي كليكـلي Hervey cleckly . وهو من اكبر الأطباء المشتغلين بعلاج الجنوح في الكبار ، بأن جميع الطرق المتوافرة حالياً للعلاج آدت إلى خيبة الأمل في علاج حالات جنوح الكبار ومعظم سجون العالم لا تؤدي الوظيفة النفسية العلاجية المفروض أن تؤديها لنزلائها سواء من الجانحين أو من المجرمين العاديين[1] حتى السجون في مجتمع راق كالمجتمع الأمريكي ما زالت غير ملائمة ، وفي بعض الأحيان تهب ثورات عارمة يقوم بها السجناء داخل سجونهم .

ورغم هذا التشاؤم في إمكانية شفاء الجنوح إلا أن هذا لا يمنع من قيام كثير من الأطباء بمحاولات علاج مرضاهم ، وذلك بإستخدام العديد من المناهج المعروفة ، ومن ذلك ما يلي :

١ ـ العلاج الجماعي	group therapy
٢ ـ الإرشاد في السجن	Prison counseling
٣ ـ السيكودراما	psychodrama
٤ ـ التحليل النفسي	psychoanalysis
٥ ـ العقاقير	Drugs
٦ ـ الصدمات الكهربائية	electrochocks
٧ ـ العمليات الجراحية ومنها	lobotomy

ولكن علاج الجانح مسألة صعبة تتطلب كثيراً من الشجاعة بل المخاطرة من قبل المعالج » وذلك لأن الجانح كالكلب غير الأمين قد يرتد فيعض تلك اليد

(١) Mc Cord, W. and Mc Cord, J., The psychopath an Essay on the Criminal Mind, D. Van Nostrend Co. N. Hersey 1964.

التي تقدم له العطف والعون ، هذا إلى جانب اضطراب انفعالاته ، وعدوانه وعدم شعوره المطلق بالمسئولية complete irresponsability يجعل العلاج نشاط لا يؤدي إلى الشكر بل إلى المخاطرة . هذا إلى جانب إهمال المجتمع لفترات طويلة لعلاج هؤلاء ، ولذلك فإن قلة من الأطباء الذين يتحملون القيام بتحدي ما أهمله المجتمع .

علاج الجانح الكبير :

لقد تبين أن وضع الجانح الكبير في مؤسسة institution alization لا يؤدي إلى شفائه . فقد وجد أن أحد المستشفيات العقلية المخصصة لعلاج الجنوح تنجح في علاج معظم الإضطرابات النفسية والخلقية والعقلية ما عدا الجنوح السيكوباتي . فقد نجحت هذه المؤسسات في علاج الإنحراف الجنسي والإجرام العصابي وغير ذلك من الاضطرابات . ولقد أسفرت بعض الدراسات التتبعية التي تناولت المنحرفين بعد خروجهم من المستشفى ووجد أن نسبة التكيف عندهم لا تزيد عن ١٣٪ .

والعقاب أيضاً لا يؤدي إلى الشفاء punishment ففي بريطانيا تبين من إحدى الدراسات أن الجانح يرتكب جرائم ضعف ما يرتكب زميله المجرم العادي ، وأنه ينال عقوبات ضعيفة . ومعنى هذا أن العقاب المضاعف لم يؤد إلى شفاء الجانح . ولقد تبين أن هناك ٧٦٪ من مجموع الجانحين قد ارتكبوا جريمتين أو أكثر بعد خروجهم من السجن .

إن عزل الجانح عن المجتمع لا يمثل إلا حماية مؤقتة من أخطاره ذلك لأنه تحت معظم التشاريع الدولية ، لا بد وأن يخرج مرة أخرى للمجتمع ويعود إلى إرتكاب جرائمه ، ولذلك فإن الحماية الحقيقية للمجتمع ليست في السجن ، ولكنها في شفاء الإضطراب .

لا بد من عمل محاولات دائبة لعلاج هذه المشكلة الصعبة ، فهناك محاولات للقيام بالعلاج داخل السجن ، باتباع أساليب علمية دقيقة .

ولقد إستخدم العلاج الجماعي لعلاج الجنوح . وفي خلال الحرب العالمية الثانية إهتم الجيش الأمريكي بعلاج مشكلة الجريمة وذلك بإنشاء مراكز التأهيل rehabilitation centers وكان لهذه المراكز دور فعّال وخاصة بإستخدام برامج العلاج الجماعي ، فكان الجنود السجناء ومن بينهم ٣٠٪ من أرباب الشخصيات السيكوباتية يناقشون مشاكل الكحولية ، ونمو الشخصية والعلاقات مع السلطة ، ومستويات الولاء وغير ذلك من الموضوعات . وكان قائد الجماعة ، يتخذ إتجاهاً متسامحاً وغير متسلط . وكان السجناء يقسمون إلى مجموعتين :

مجموعة العدوانيين وهم السيكوباتيين ومجموعة السجناء العاديين ، وكان القائد يحاول في أثناء هذه الجسلات أن يجعلهم يتوحدون أو يتقمصون معه بصفته شخصية صديقة ، ومع أهدافه ، وأن يؤمنوا بأنها أهداف معقولة وصائبة . وكان قائد الجماعة يناقش معهم عدوانهم ، وحتى هجومهم عليه ، وتستمر المناقشة حتى يفهموا أن هجوم أحدهم عليه مثلاً كان عبارة عن إنتقال إتجاه العدوان نحو الأب أو البديل عنه إنتقاله إلى الضابط القائد . وبهذه الطريقة يكون السجناء علاقة ودية ودافئة مع قائدهم . ويقرر المشرفون على هذه البرامج أنها أدت إلى تحسين كبير في حالات الجانحين وأن معظمهم تقمصوا شخصية القائد ، ولكن هناك حاجة إلى إجراء دراسة لمعرفة الآثار بعيدة المدى في شخصية السيكوباتي ، بعد خضوعه لهذا النوع من العلاج .

وبعد الحرب العالمية الثانية (١٩٣٩ ـ ١٩٤٥) أنشئت مؤسسات أخرى للإصلاح استخدمت العلاج الجماعي لمعتادي الجرائم ، وكان العلاج يتضمن فصول مهيئة ، ومناقشات في النظام الجيد ، والتأدب ، وعقد مؤتمرات قصيرة مع السيكولوجي ، وكان هناك لجنة رسمية تتابع تقدم المريض دورياً وتمنحه مزايا أكثر تبعاً لتحسن سلوكه ، وكان يطلق على هذا النوع العلاج الإداري demonstro-therapy بسبب الإهتمام بالتحصيل أو الإنجاز ، وكان معظم المنحرفين يوصفون بالأنانية أو التمركز حول الذات egocentrics ، وبالعجز عن

التعلم من الخبرة وبالعدوانية الزائدة ، والعجز عن تكوين علاقات وروابط وثيقة ، ولقد وجد أن هناك ١٢٪ من مجموع هؤلاء المرضى تحسنت حالاتهم نسبياً . وكشفت نتائج الإختبارات النفسية من تحسن في التحصيل المدرسي ، والتكيف الشخصي والتحسن في سلوكهم داخل السجن ، ولكن نظراً لعدم وجود مجموعة ضابطة فإن تقدير أثر العلاج في حد ذاته ليس واضحاً . وفي سجن سان كونتين San Quentin إستخدم المعالجون العلاج الجماعي ، والمناقشة الجماعية في جو من التسامح وذلك إلى جانب إستخدام السيكودراما . حيث كان يجتمع عدد قليل من السجناء أسبوعياً « ويمثلون » مشاكلهم . to act-out ويمثلون أحداث ماضيهم عن طريق اللعب الحر التلقائي . وبعد قليل من الشعور بالخجل إشترك السجناء في طريقة لعب الدور role-playing ، والحالة الآتية ، توضح مضمون هذا الأسلوب ، وهي حالة شاب في سن الحادية والعشرين إشتغل بسرقة المنازل ، وكان قد قضى طفولته في أحد منازل التبني ، وفي صباه تنقل من وظيفة إلى أخرى ، ومن مزرعة إلى مزرعة . وفي خلال الحرب التحق بالبحرية الأمريكية ، ولكن بسبب إكثاره من الشرب وإقباله على المغامرة وغير ذلك من المخالفات حكم عليه بالسجن في البحرية ١٨ شهراً . وكان يصف البحرية « بالبخل » بخاصة . وبعد إرتكاب سلسلة من حوادث سرقة المنازل إستقر به الحال في سجن كوينتين . والتحق بأحد فصول العلاج الجماعي ، ولكنه ظل هياباً . وفي خلال السيكودراما تخلص من بعض جفاف إنفعالاته ، وبعد أن ظل يشاهد المجموعة لعدة أسابيع فجأة تطوع لتمثيل « حربه ضد البحرية » ومحاولاته للهروب من السجن ، وبعدها أصبح أكثر تعاوناً ثم إعترف بأخطائه ، وبعدها قبل أن يلعب دور الناس العدوانين المكروهين المذمومين ، وذلك في المسرحيات المقبلة ، وفي خلال الجلسات أظهر ارتباطاً أخوياً بالمجرمين الآخرين . وفي نهاية العلاج ظهرت على شخصيته تغييرات كبيرة واعترف بأن سلوكه كان خاطئاً . وهكذا فإن التمثيل الدرامي يقدم فرصة لتفريغ الإنفعالات أو تصريفها أو التعبير عنها abreaction . ويعتقد

بعض السيكولوجيين أن للسيكودراما أهمية خاصة في شفاء الانحراف السيكوباتي ذلك لأن السيكوباث قدرته على الإرتباط بالناس الآخرين ضعيفة جداً ، ولذلك فلعب الدور يوضح له مشاعر الآخرين .

كذلك يستخدم الارشاد الفردي Individual Counseling في علاج السيكوباثية ويأتي بنتائج مشجعة إلى حد ما، فهناك معايير تؤكد حدوث تحسن نتيجة للإرشاد السيكولوجي والديني في حالات سيكوباتية قاست من المعاملة العنيفة والغليظة في الطفولة ومارست كثيرا من الأعمال المضادة للمجتمع كالسرقة والضرب والعنف.

والحالة الآتية لشاب يدعى جورج إستفاد من اقامة رابطة عاطفية Rapport مع المعالج في أثناء العلاج. لقد شاهد جورج أباه وهو ينتحر. وفي سن ٨ سنوات بدأ السرقة من جدته التي تولت تربيته، واستمر في السرقة طوال المراهقة ولكنه نجح في إكمال دراسته الثانوية. وفي أثناء خدمته في البحرية الامريكية اشترك في مناشط سكر، وانحراف جنسي مثلي. وعندما تخرج من البحرية أخذ في الانتقال من وظيفة إلى أخرى وفي تزوير الشيكات، وظل يقيم مع أقاربه ويسرق منهم، ويقترض منهم مبالغ معينة ولا يردها، وعندما دخل السجن أشعل النار في زنزانته فأرسل إلى المستشفى للملاحظة والعلاج. ولكن محاولات العلاج لم تمنع من هروبه، وقام بسرقة حصان، ثم سرق طائرة ورغم عدم تعلمه الطيران استطاع الاقلاع والهبوط بها ثانية. واستمر معه العلاج، وتحت تأثير صوديوم الأماتيل Sodium amiytal تكلم عن كراهيته لأبويه، وصدمته بانتحار أبيه. وبعد خروجه من المستشفى استمر يحضر جلسات الارشاد مع السيكولوجي ثلاث مرات في الأسبوع. وحثه المرشد على الذهاب للعمل ودفع تعويضات عن تدمير الطائرة، ونجح في الالتحاق بوظيفة كاتب في محل وبمرور الوقت كون رابطة قوية، وأصبح يقبل كل إيحاءات المرشد واقتراحاته.

ويستخدم أطباء كثيرون التحليل النفسي المصحوب بالتنويم المغناطيسي

والتداعي الحر، وتحليل الأحلام مع تقديم الايحاء تحت تأثير التنويم المغناطيسي. ويستخدم أيضا التحليل النفسي تحت التخدير narconalysis كإستخدام عقار Penthothal Sodium وتوجه الأسئلة للمريض وهو تحت التخدير، ويساعد ملح حامض البربيتوك، وهو أحد المسكنات Babiturates في إقامة الرابطة العاطفية بين المعالج والمريض.

علاج الاطفال السيكوباتيين:

تستخدم نفس المناهج المستخدمة لعلاج الكبار مع صغار الاطفال المنحرفين ويعتمد علاج الأطفال على تزويدهم بالدفء والحب والحنان warmth وعلى مساعدتهم للشعور بالامان والاستقرار Security وعدم الخوف أو الفزع، وعلى توفير الثبات والتوكيد والايجابية واشعارهم بالعدالة والانصاف fairnes، كذلك يستخدم منهج الارشاد غير التوجيهي nondirective counseling في علاج الصبية المنحرفين سلوكيا حيث يحقق التعبير الحر عند الطفل free expression ويؤدي إلى مزيد من الاستبصار insight.

ويستخدم العلاج الجماعي بصورة قليلة جدا مع الحالات السيكوباتية من الأطفال. ويمكن استخدام ما يعرف باسم علاج البيئة milieu therapy ويتضمن توفير النشاط المضبوط والمناقشات الجماعية.

وتستخدم بعض المدارس منهجا مؤداه زيادة تقمص الطفل، فيشجع « نكوص» Regression(١) الطفل أو ارتداده واعتماده على العاملين في المدرسة في قضاء حاجاته بغية أن يتقمص شخصياتهم.

علاج الضعف العقلي:

يعاني علاج الضعف العقلي في مصر تخلفا شديدا فلا توجد إلا مدارس

(١) Mc Cord, W. and Mc Cord, J., The psychopath , an Essay on the Criminal Mind.

التربية الفكرية التابعة لوزارة التربية والتعليم ووزارة الشئون الاجتماعية وهي لا تتسع للأعداد الكبيرة من ضعاف العقول، كذلك تفتقر هذه المدارس إلى المعدات الحديثة المطلوبة للتشخيص والعلاج والتأهيل. ويتطلب العلاج اجراء فحوص جسمية، وتحليلات للدم والسائل الشوكي ورسم المخ وتطبيق اختبارات الذكاء والقدرات الخاصة.

وهناك حالات يمكن علاجها إذا كان العلاج مبكرا كالحالات الناتجة من نقص حامض الفينيل برويفيك أو نقص السكر في الدم. ولا تفيد الجراحة إلا في حالة استقساء الدماغ أي امتلاء الدماغ بالسوائل الشوكية بضغط السائل على المخ ويمنعه من النمو الطبيعي، وتؤدي الجراحة إلى تفريغ هذا السائل. وأهم علاج للضعف العقلي هو إعادة تأهيل الطفل وتدريبه على السلوك[1] السوي المقبول وتعليمه الأعمال اليدوية البسيطة.

---

(١) د. أحمد عكاشة المرجع السابق.

الفصل الخامس عشر

تقويم نتائج العلاج

هناك عدد كبير من أساليب العلاج النفسي، ولقد أحصى هاربر Harper ٣٦ منها، ومعنى ذلك أنه لا يوجد إتفاق على طريقة واحدة بينها لعلاج الأمراض النفسية. وهذا التنوع في طرق العلاج يحتم أن تقوم دراسات وأبحاث لمعرفة أي هذه الطرق أكثر فاعلية ونجاحا في علاج الأمراض النفسية.

ولا شك أن المنهج الصحيح هو الذي يثبت البحث العلمي إتفاقه مع بعض المبادىء والأسس السيكولوجية العلمية والذي يؤدي إلى نتائج إيجابية في الشفاء والتحسن.

ولقد تأثر البحث العلمي في موضوع العلاج باتجاهات ثلاثة هي:

١ ـ التحليل النفسي ومشتقاته.

ب ـ نظريات التعلم كالتعلم بالمحاولة والخطأ والتعلم الشرطي والتعلم بالاستبصار.

حـ ـ النظريات الموجهة بالقيمة في الشخصية كنظرية كارل روجرز.

المعروف أن التحليل النفسي عبارة عن كل معقد من النظريات، ولذلك يضيق الباحثون في مجال البحث نفسه باقتطاع جزء يسير منه وإخضاعه للبحث العلمي.

بالنسبة لنظريات التعلم فأنصارها يزعمون أن ممارسات الصحة النفسية السيئة ترجع إلى تكوين عادات سيئة bad habits ولذلك فالعلاج النفسي يجب أن يهتم بالتعلم للتغلب على هذه العادات.

ومن بين الأمثلة التي توضح ذلك ما يورده وولب Wolpe حيث يوضح أن الصدمات الكهربائية التي يتلقاها القط في قفص الطعام تجعل الحيوان يرفض تناول الطعام في أجزاء أخرى من حجرة التجربة.

واعتبر هذا مشابها لانتشار أو لتعميم الحصر في المريض حيث يتعارض الحصر الشرطي مع استجابة الأكل الطبيعية، وعلى ذلك فإن(١) العلاج النفسي يجب أن يتضمن نوعا ما من أنواع الكف التجريبي Extinction لاستجابات الحصر، وبذلك تتاح الفرصة للاستجابة الطبيعية وهي الأكل لكي تظهر. ولقد وجد أنه يستطيع أن يمنع الحصر عن طريق عملية إطعام تدريجية للحيوان في المعمل الذي يبعد مسافة ما عن تلك الحجرة التي صدم فيها الحيوان، وتدريجيا تم تقريب عملية تناول الطعام من المكان الأصلي، ولكن دون أن يكون ذلك بسرعة كبيرة حتى لا تعرقل عملية الأكل. وهكذا يستمر العلاج تدريجيا حتى تتمكن القطة من تناول الطعام في نفس المكان الذي تلقت فيه الصدمة الكهربائية. وعلى ذلك يقال إنها شفيت من عصابها Cured of its neurosis(٢) ويقول وولب إن الشفاء تم عن طريق المنع: أو القمع أو المنع المتبادل Reciprocal inhibition ومعنى ذلك تقوية عمليات تناول الطعام تلك التقوية التي تؤدي ألى قمع الحصر أو منعه وطبقا لهذه النظرية يؤكد وولب وجود نسبة عالية من النجاح في جلسات العلاج المخصصة لمرض الانسان التي صممها وولب. يبدأ وولب في علاج الإنسان بوضع الظروف التي تؤدي إلى خلق

(١) لمعرفة المزيد عن نظريات التعلم راجع كتاب المؤلف «علم النفس الفسيولوجي»، دار النهضة العربية ـ بيروت.

(٢) للاطلاع على الأمراض النفسية والعقلية راجع كتاب المؤلف «علم النفس ومشكلات الفرد»، منشأة المعارف ـ الاسكندرية.

الحصر في المريض في شكل هرمي، تلك الظروف التي يلاحظ هو أثناء المناقشة والمقابلة إنها تخلق أو تثير أقل وأكثر الاستجابات عنفا، ثم يبدأ بأقل المواقف إثارة للقلق. ويشبه هذا الموقف وضع القطة في حجرة بعيدة عن المعمل، ويتمكن من التغلب على هذا الحصر الخفيف عن طريق جعل بعض الإستجابات الإيجابية تحل محله. وفي الغالب ما تكون هذه المواقف عبارة عن الإسترخاءRelaxation(١) أو استجابات التوكيد وعن طريق استمرار العمل صعودا في هذا الهرم فإن المريض يتمكن في النهاية من مواجهة الموقف الذي كان أكثر المواقف إثارة له، أو جلبا للرعب يجابهه باستجابات مناسبة وملائمة أكثر من كونها استجابات لا معقولة وعصابية.

ولقد ابتكر عدد آخر من السيكولوجيين أنواعا من العلاج النفسي تعتمد على نظرية التعلم كأساس وخلفية لها، ومن أمثلة هؤلاء دولارد Dollard وميلر Miller وموررير Mowrer وريتر Rotter، وعلى الرغم من أنهم يختلفون في تفاصيل أساليب علاجهم إلا أنهم يعتبرون أن أساس العلاج وجوهره هو إعادة التعلم Relearning وبالنسبة للبحوث التي تناولت النظريات الموجهة نحو القيمة فهناك في العلاج المتمركز حول المريض توكيد على وجود تغييرات في تقييم المريض لذاته تتمشى مع حله لمشاكله، بمعنى أنه كلما حل مشكلة كلما كان تقديره لذاته أكثر إنصافا.

إن معظم البحوث في هذا المجال تتناول عملية العلاج نفسها أكثر من كونها تتناول نتائجها على الرغم من أن النتائج هي أهم ما في موضوع العلاج.

ومن بين المناهج المستخدمة في دراسة عملية العلاج ذاتها ما يقدمه كل من دولارد Dollard وأود Aud ولهما ثقافة تجمع بين التحليل النفسي ونظريات التعلم. ويظهر هذا الأساس الثقافي في التجربة التي يضعاها لشرح ما يحدث(٢)

(١) Hilgard, E. R., Introducation to Psychology, Rupert Hart- Davis, London, 1962.
(٢) Hilgard, E. R., op. cit. p. 538.

للمريض أثناء عملية المعالجة على النحو الآتي:

في جو غير رسمي وخصوصي، في حجرة العلاج تناقش المريضة مشاكلها مع المعالج. وبموافقة هذه المريضة وبعلمها تم وضع ميكروفون لنقل المحادثة لحجرة أخرى حيث يتم تسجيلها على شريط خاص، وبعد ذلك يخضع هذا الشريط للتحليل. وفي نفس الوقت يثبت جهاز في إصبع المريضة الأوسط في يدها اليمنى للتحري عن أي تغييرات تحدث في مقاومة الجلد أي في ما يسمى بالاستجابة الجلفانية (Galvanic Skin responses (G.S.R.)[1].

تلك الاستجابات التي تدل على ردود الفعل الانفعالية وتنقل تسجيلات هذا الجهاز أيضا إلى الحجرة المجاورة حيث تخضع للتحليل. ويتم تحليل هذه المقابلة بعد إتمامها وتنقل كتابة على ورقة خاصة تسجل فيها كل حركة وكل ملاحظة وكل صوت وكل تمهيدة وكل فترات الصمت أو السكوت، تسجل على هذه الورقة وتقسم المقابلة إلى جمل تأخذ كل جملة رقما معينا، كما تحدد كل فترة سكوت تبلغ خمس ثواني في أثناء الحديث. وتأخذ كل جملة وكل سكتة رقما معينا. ومثل هذا الترقيم يساعد على دراسة التغيرات التي تحدث في أثناء العلاج، وعن طريق هذا التحليل يمكن معرفة الصراعات ومدى انتقالها، كما حدث في حالة سيدة كانت تتحدث عن صراعاتها مع أمها، ولكنها انتقلت تدريجيا للحديث عن صراعاتها مع زوجها. كذلك عن طريق تحليل الاستجابات الجلفانية أمكن التعرف على أن المريض يصبح تدريجيا خلال المعالجة قادرا على التحدث عن الأمور السرية تلك التي كانت محرجة في بادىء الأمر، التحدث عنها بانفعال أقل يستمر في الانخفاض. ويمكن للباحث فيها بعد أن يضع حروفا أو رموز معينة على كل عبارة قالها المريض فيضع حرفا معينا على العبارات أو التعبيرات الشعورية، وحرفا آخر على العمليات اللاشعورية المستنتجة، كما

---

(١) هي عبارة عن إستجابة جلدية تمثل وجود الفولت الكهربي على سطح جلد الإنسان والذي يتغير تبعاً لتغير إفراز الجلد العرق وترسم على ورق رسم بياني بواسطة مؤشر معين ويستدل منها مقدار تعرض الفرد للانفعالات أثناء قياسها.

يصف العبارات العدوانية وغيرها بحروف معينة أما فترات السكون أو الامتناع عن الاسترسال في الحديث فتدل على مقاومة المريض وعدم رغبة في الافصاح. وهكذا يمكن الربط بين الاستجابات اللفظية وبين الاستجابات الجلفانية. وبعد ذلك يبحث المعالج عن أنماط معينة من التغيير حدثت في المريض والتي توضح المزيد من عملية العلاج.

وهناك اتجاه آخر لدراسة العلاج النفسي يعتبر عملية العلاج عبارة عن نظام اتصال بين المعالج والمريض ثم يتم دراسة هذا النظام طبقا لطرق دراسة الاتصالات في الجماعات الصغيرة، ففي بحث لينارد وبيرنستين Lenard and Bernstein ١٩٦٠ قام أربعة معالجون بعلاج مريضتين تناول كل مريض واحد لمدة ٨ شهور، وتم تسجيل كل جلسة على شريط خاص وكانت تتم جلستان في الاسبوع، وبذلك تم إجراء حوالي ٥٠٠ جلسة حصلت لهذه الدراسة، وتمكن الباحثون من تحديد التغييرات التي حدثت في الاتصال الذي تم عبر فترة طويلة من الزمن، كذلك تم تحديد التغييرات النمطية التي تمت في كل جلسة وأمكن عمل العديد من المقارنات من ذلك معرفة النتائج التي تترتب على قيام المعالج بقليل أو كثير من النشاط في الجلسة ويبدو من من هذه الدراسة أن المرضى يفضلون المعالج الأكثر نشاطا كما بدا ذلك في رغبتهم وميلهم للاستمرار في المعالجة حتى بعد انتهاء البحث. وكذلك عن طريق تخلف المريض عن مواعيد الجلسات وكذلك علامات التوتر التي تظهر في الجلسات.

ولقد استهدفت بعض الدراسات معرفة الجذور السيكولوجية للاضطرابات ومدى تحسن هذه الجذور تحت تأثير العلاج، ولقد اتضح أن المشاكل الاجتماعية في الأمراض العقلية ذات شأن كبير لدرجة أنها تحتاج إلى كثير من المال والجهد لدراستها وعلاجها.

ويمكن اقتباس الجدول الآتي من دراسة لينارد وبيرنستين المشار إليها ويتضح منه انخفاض شعور المريض بالتوتر Strain كلما زاد نشاط المعالج في

الجلسة، كما يعبر عن ذلك بعدد القضايا التي يقولها في الجلسة الواحدة[1]:

إستجابات المريض والمعالج	المعالجات			
	أ	ب	جـ	د
عدد القضايا التي يقولها المعالج في الجلسة الواحدة وتتضمن عبارات للوصف والوصايا والتفسير وإعطاء المعلومات .	١٤٢	١٠٦	٥٨	٤٨
علامات التوتر كما تظهر في عدم مواصلة جلسات العلاج والتخلف عن المواعيد وشكوى المريض من التوتر .	١	صفر	٥	٩

ولقد شبه ذات مرة فرويد مشكلة تعلم العلاج بمباراة لعب الشيش ، بقوله : إن أي شخص يريد أن يتعلم مباراة لعب الشيش من الكتب سوف يكتشف لتوه أن بدايات ونهايات المباريات تسمح بعرض نظامي مرهق ، وأن التنوع اللامتناهي للحركات الذي يكثر بعد البداية يتحدى أي وصف أو تعليمات كهذه . إن الفجوات في التعليمات لا يستطيع أحد أن يملأها إلا عن طريق الدراسة الذكية للمباراة التي يمارسها المهرة . إن القواعد التي يمكن أن توضع لممارسة العلاج النفسي التحليلي تخضع لمثل هذه الحدود . ويقصد فرويد بهذا القول أن الدراسة الرسمية للعلاج النفسي قد تزودنا ببعض معالمها ولكن العلاج النفسي كفن من الفنون لا بد أن نحصل عليه من خلال التتلمذ المهني Apprenticeship على أيدي المعالجين المهرة .

وفي تعليقه على هذا الرأي يذهب ستراب Strupp إلى القول بأن البحث في العلاج النفسي إما (أ) أن يركز على سمات من الفهم الإنساني أو (ب)

---

(١) Hilgard, E. R., op. cit., p. 541.

على مسائل تقنية الاتجاه الأول هو دراسة العلاج النفسي الذي يتم من خلال الحدس أو الثراء الحدسي intinuitive richness ولكنه إتجاه أقل دقة أما الاتجاه الآخر فهو دقيق ومتنوع وقابل للإنتقال ولكنه يتعرض لخطر التضحية بشيء ما هو جوهر العلاقة الاكلينيكية .

وهناك دراسات أخرى استهدفت المعالج النفسي كشخص فكارل روجرز يؤكد أهمية إتجاه المعالج ، ويقول إن التقنيات أو الأساليب أقل أهمية نسبياً من إتجاه المعالج ، ولقد أوضح بندورا Bandura أن المعالج الذي عنده مستويات عالية من الحصر أقل نجاحاً في العلاج النفسي . إن الطريقة التي يستجيب بها المعالج لعدوان أو لعداوة المريض وجد أنها تعدل من التعبير عن عداوة المريض كذلك فإن الاتجاه العام بالإيمان أو الأمل الذي يحدثه المعالج له أهمية في العلاج .

أما الوجديون فلهم وجهة نظر خاصة في العلاج النفسي تعتبر ضد نزعة العلم الطبيعي فهم يؤكدون الطبيعة الفريدة لكل شخص ، أو في وجود كل شخص تلك الفردية التي تستبعد كل أنواع المقارنات مع الآخرين ، أو مع القيم الإجتماعية الأخرى أنهم ينكرون إحتمال تدخل أي معرفة علمية عن الشخص أو عن العملية العلاجية . والواقع أن تكوين علم من العلاج النفسي مشكلة ليست سهلة الحل ، وأن الإتجاه نحو الكمية أو نحو التكميم والتجريب لا ينبغي أن يعرقل التفاعل الشخصي في الموقف العلاجي ولكن التفاعلات الشخصية أيضاً يمكن إخضاعها للدراسة ولا نستطيع أن نرى لماذا لا يمكن تنمية موضوع كموضوع العلاج بإستخدام مناهج العلم الطبيعي[1] .

لقد خضعت بعض السمات الفرعية للنظرية التحليلية للبحث العلمي كبحث زلات اللسان وغيرها من مظاهر التعبير عن التأثيرات اللاشعورية ، ورموز الأحلام ، والإسقاط وغيرها من الآليات الدفاعية أو العمليات الدفاعية

---

(١) Hilgard. E.R., op. cit.

إن مشاكل التحليل النفسي كمنهج للعلاج صعبة الخضوع للبحث ، وكل ما أمكن خضوعه هو مجرد دراسة حالات case studies أما البحوث في الموقف الإكلينيكي فليست سهلة ، ولكن على كل حال يمكن إجراء مثل هذه البحوث .

ومن أمثلة هذه الدراسات معرفة أثر وجود المحلل في حجرة التحليل على إستجابات المريض في عملية التداعي الحر . فقد وجد أن الأشخاص الذين تعلموا كيفية الإستجابة الحرة وهم بمفردهم في الحجرة تبين أنهم يعدلون من إستجاباتهم عندما يكون المحلل حاضراً حتى بالرغم من بقائه صامتاً ، وإن كان معدل التداعي الحر لا يتغير إلا أن محتواه أو مضمونه يتغير بوعي المريض بوجود المحلل ، ومن ذلك وجود بعض مظاهر التحويل نحو المحلل .

النجاح النسبي للأساليب العلاجية :

إننا لا نستطيع الآن أن نحدد على ضوء البحوث التي أجريت أي الطرق أكثر فاعلية في الشفاء لأن ذلك يحتاج إلى مزيد من الجهود والدراسات العلمية ، والمأمول أن يتوصل العلماء إلى تحديد النوع الذي يصلح لكل نوع من المرضى ولكل نوع من المعالجين ، ولكننا لا ينبغي أن ننسى أن هذه عملية غاية في التعقيد .

إنه من الصعب أن نحدد مدى شدة مشاكل المريض عندما يأتي للعلاج ، وكم كان يستطيع أن يتحسن من تلقاء نفسه بمرور الوقت وبدون العلاج ، فحتى مرضى الأمراض العقلية الشديدة يشفون أحياناً بطريقة تلقائية(١) ، بمعنى أنهم يتحسنون بدون علاج واضح وبدون تغيير فعال في البيئة ، ومن ناحية أخرى فإن محكات الإفادة من العلاج صعبة التحديد فهل لنا أن نثق في عبارات المريض بأنه يشعر الآن أحسن أو أفضل ، أو أنه سعيد مع مرشده أو معالجه النفسي ، هل نستطيع أن نثق في عبارات أسرته « إن التعايش معه أصبح

(١) تستخدم المجموعات الضابطة إلى جانب المجموعات التجريبية لمعرفة الأثر الحقيقي للمعالجة .

أحسن » أحياناً يصبح الشخص الذي خفت من فوق كاهله مصائبه النفسية يصبح أكثر صعوبة في التعايش لأنه أصبح يتأثر من أولئك الذين تسببوا في متاعبه الأصلية . كذلك فإن تحديد النجاح طبقاً لأسلوب المعالجة لا يأخذ في الحسبان الدور الخاص الذي يقوم به المعالج المعين . إننا نتعامل هنا مع علاقة إنسانية ، وحساسية المعالج وفهمه لها أهمية كبرى ، ولا يوجد منهج رسمي يستطيع أن يعوض عن افتقار السمات الإنسانية الملائمة في المعالج .

ولكن هذه الصعوبة لا ينبغي أن تجعلنا نيأس من إخضاع العلاج للبحث العلمي . فهناك تجارب تطبق الاختبارات قبل وبعد العلاج ونقارن بين نتائج الاختبارات في الحالتين فإذا كان هناك من فرق فإنه يرجع إلى تأثير العلاج ، وهناك المقابلات التي تسجل على الأشرطة الصوتية ، وما زال موضوع العلاج يمثل آفاقاً واسعة وخصبة أمام البحث السيكولوجي الدقيق . ويدعى بعض الكتاب أن المعالجات الجسمية Somotherapies تعد أكثر نجاحاً حتى الآن من العلاج النفسي ، فالفيتامينات قد أدت إلى إنخفاض الأمراض العقلية المرتبطة بمرض البلاجرا pellagra (فقر الدم) . وعالجت المضادات الحيوية anti-liotico ، عن طريق علاج الزهري syphils ، مرض ذهاني معروف بإسم الشلل العام الخفيف general paresis والأحماض المنومة أو المسكنة barbiturates قد خففت أو لطفت أو سكنت من أعراض الصرع epilepsy ، والصدمات الكهربائية الراجعة electro-convulsive قد ساعدت كثيراً في علاج الإكتئاب وهناك آمال معلقة على بعض العقاقير المسكنة أو المهدئة tranquilizing drugs مثل مادة reserpine ومادة chlorpromazin . ولكن نجاح العلاج بالعقاقير أو الأساليب الجسمية الأخرى لا يستبعد أهمية العلاج النفسي بمفردها ، أو بالإشتراك مع الأساليب العضوية الأخرى . إن إمكانية خفض العقاقير لشعور المريض بالضيق أو الغم أو الهم أو الكرب أو التخفيف من محنته أو ضيقه الذي يعاني من مرض عقلي لا يلغي دور العلاج النفسي ، والبحث عن الأسباب الحقيقية وراء المرض ، والعمل على الوقاية منه . والعلاج بالعقاقير

لا يعالج إلا الأعراض فالحالات التي لا ترجع العلة فيها إلى سبب جسمي ومنذ سنوات مضت إدعى إيزنك Eysenk أن المرضى الذين لم ينالوا أي علاج أو الذين نالوا علاجاً قليلاً كان من المحتمل أن يشفوا بالمثل كأولئك المرضى الذين تلقوا علاجاً مكثفاً ، ولكن إدعاء إيزنك هذا يتعرض لانتقادات خطيرة ، وهناك كثير من الأطباء العقليين الذين جمعوا أدلة تؤيد نجاح العلاج النفسي . على كل حال يبدو أن العلاج النفسي ضرورة لا مناص ولا غنى عنها وخاصة في الحالات التي لا يوجد لها أساس عضوي في الأعراض الناتجة عن الأزمات النفسية أو الاجتماعية وعن الخبرات القاسية والمريرة ، كذلك هو ضرورة لا غنى عنها في الحالات التي أدت فيها الاصابات العضوية إلى ظهور أعراض نفسية دائمة حتى بعد شفاء العلة العضوية ، وهو أيضاً ضرورة للمساعدة في تقبل العلاج الجسمي واستجابة المريض له والاقتناع به وفي تغيير مشاعر المريض واتجاهاته ومعتقداته .

اليحوث التقييمية :

ينبغي تقويم نتائج برامج الصحة العامة التي تجري عل المستويات المحلية والقومية وذلك للتأكد من مفعولها العلاجي في مواجهة العوامل البيئية غير الصالحة . وكذلك المناشط الحرة الأخرى المتصلة بالعلاج مثل نشاط السيكولوجيين والأطباء العقليين والمرشدين النفسيين والأخصائيين الإجتماعيين وغير ذلك من المشاريع الأخرى . وذلك بغية وضع أسس قوية لتحسينها وتقويتها والنهوض بها . كذلك ينبغي النهوض بمشاريع القضاء على الجنوح والانحراف في الصغار والتوسع في إنشاء العيادات النفسية والتعليم العام ونشر التسامح العنصري حتى يمكن التوسع في قاعدة الإفادة الشعبية من تلك المشاريع التي تستهدف حماية الصحة العقلية لأبناء المجتمع . وتقع مسئولية حماية الصحة العقلية على المجتمع ككل ، وعلى الدولة وعلى الأطباء وعلماء النفس وروابطهم . كما تقع على الأسر والمدارس والمنظمات الصناعية والتجارية ، لقد مضى العهد الذي يستطيع فيه كل فرد أن يصنع لنفسه بيده وحده تكيفه

النفسي والاجتماعي والتعليمي والمهني والصحي . لا بد من تضافر الجهود وتعاون الهيئات لتحقيق مثل هذا التكيف الشامل .

بل إن المجتمع العالمي ومنظماته مطالب بتوفير الصحة العقلية لأبناء المجتمعات المختلفة . إن الحروب والتوترات العالمية والصراعات الدولية وغير ذلك من المشاكل أصبحت لا تحتمل ولا تطاق . ولقد أصبح ما يحدث في أحد أجزاء العالم يؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في الأجزاء الأخرى وليس إنتاج الأسلحة المدمرة الفتاكة إلا سهماً يصوب نحو السلامة العقلية لملايين الأبرياء المسالمين . ولا تستنفذ الحرب ملايين الجنيهات التي يمكن استخدامها في توفير الأعداد الكافية من الأطباء والممرضين والأسرة والمعدات وحسب بل إنها تخلق الشعور بالتوتر في نفس المواطن المعاصر .

وهناك كثير من منظمات هيئة الأمم التي تعنى بصورة أو بأخرى بالصحة العقلية من ذلك المنظمات الآتية :

منظمة الصحة العالمية واليونسكو World Healthorganization . UNESCO

(The United Nations Educational, scientific and cultural organization).

الاتحاد الدولي للصحة العقلية The World Federation for Mental . Health

فهناك لجنة في منظمة الصحة العالمية تختص بالصحة العقلية Expert Commitee on Mental Health تساعد الدول المختلفة في النهوض بمشاريعها الطبية . وفي أول إجتماع لها عام ١٩٤٩ قررت أنه من المستحيل توفير الخدمات الطبية لمرضى الأمراض العقلية في العالم في المستقبل القريب ولذلك ينبغي الاهتمام بالوسائل الوقائية .كما أشارت هذه اللجنة إلى ضرورة إستخدام وسائل وإمكانات الصحة العامة المتوفرة حالياً لخدمة المرضى العقليين .

والاتحاد العالمي للصحة العقلية إتحاد يضم أعضاء من غير الحكومات ويسعى للحصول على المعلومات الصحية في مجال الصحة العقلية ، كما يساعد المجتمعات النامية بتقديم المشورة للمنظمات المحلية[1] .

الأساليب العلاجية عديمة التأثير :

لقد أحصى روجرز هذه الأساليب القديمة وحصرها فيما يلي :

١ ـ النصح أو الحض أو التحذير أو العظة exhortation ، في هذا الأسلوب القديم كان يثار المريض حتى « يوقع » على تعهد بالتوقف مثلاً عن العادة السرية أو الشرب أو السرقة أو أن يعمل بجد وإجتهاد وما إلى ذلك . وكانت النتيجة دائماً العودة السلبية بعد فترة من الزمن .

٢ ـ الإقناع الخلقي Moral Suasion :

حيث كان يلجأ المعالج إلى الجانب الطيب في المريض ، أو رجولته ، أو شعوره بالحق أي جعل إنحرافه ، كاللواط أو الادمان ، مسألة خلقية ، وعلى المريض تقع مسئولية محاربة أنانيته ، وأن يحصل على « خلاصه » solvation . ولم يكن هذا المنهج غير مؤثر وحسب بل إنه كان يكثف من صراعات المريض .

٣ ـ النصح Advice :

منذ أقدم العصور والناس يذهبون إلى الحكماء wise men أو الخبراء والمتخصصون يسألونهم النصح أو المعلومات التي تفيد في حل مشكلاتهم . وفي المشكلات الطبية والقانونية وغير ذلك من التخصصات ما زالت تؤخذ نصائح أرباب الاختصاص . ولكن النصح يجب أن يؤخذ بكثير من الحذر والإحتياط في العلاج النفسي . ففي بعض الظروف فقط ، وخاصة قبيل إنتهاء العلاج ، يمكن أن تفيد النصيحة عندما تتناول مشاكل معينة محددة أو عندما تقترح أعمالاً إيجابية . على كل حال في إعطاء النصائح المعالج النفسي يتحمل كثيراً من

---

(١) Coleman, J. C., op. cit.

المسئولية وبذلك يقلل من فرص المبادأة والنمو أمام المريض .

دائماً من الأفضل أن يساعد المعالج المريض في توضيح المشكلة ثم يتركه يأخذ هو عنصر المبادأة في حل مشكلاته .

دائماً النصيحة تشبه التفسيرات العقلانية intellectuatized التي لا تؤدي إلا إلى قليل من التغيير في أعراض المريض وسلوكه .

إعادة التوكيد أو الطمأنة reassurance وهو من المناهج قليلة الفائدة . ينبغي على المعالج ألا يحول جو المعالجة إلى جو مطبق أو عابس أو كئيب أو متشائم gloomy لأن ذلك يثبط من همة كل من المعالج والمريض معاً . ولكن التفاؤل الغير قائم على أسس صحيحة والإبتهاج السطحي من بعض العبارات المشجعة المتسرعة كالقول : « إنني سوف أعالجك » في فترة وجيزة و « سوف تتحسن حالاً » . إن قيمة الطمأنينة فقط في إحساس المريض أنه مقبول ومحبوب وليس منبوذاً ، وأننا نساعده . ولكن هذه الطمأنينة أو التوكيد تتم عن طريق سلوك المعالج وعمله وليس بألفاظه . إننا هنا يجب أن نعمل بالمثل السائر القديم : الأعمال تتحدث أكثر من الألفاظ action speaking louder than words[1] .

(١) Coleman, op. cit., p. 566.

معجم المصطلحات

تصريف الإنفعال	Abreaction
التجريد	Abstraction
الخوف من الأماكن العالية	Acrophobia
بحث العمل	Action- research
حاد ـ مزمن	Acute
إدمان	Addiction
تلاؤم	Adequacy
تكيف	Adjustment
السماح بدخول المستشفى	Admission
النصح	Advice
إعطاء النصائح	Advice- giving
إنفعال عاطفة	Affect
النكوص العمري	Age Regression
عدوان ـ إعتداء	Aggresion
تهيج ـ ثورة	Agitation
الخوف الشاذ من الأماكن الواسعة	Agoraphobia

Alcoholic	مدمن الخمر
Alcoholism	إدمان الخمور الكحولية
Alcoholics Anonymous	منضمات من قدامى المدمنين ترعى وتعالج المصابين بالادمان منظمات
Ambiguous Stumuli	المثيرات الغامضة
Ambivalence	تذبذب إنفعالي (من الحب إلى الكره مثلاً)
Amnesia	فقدان الذاكرة ـ النسيان المرضي
Anal	شرجي
Androgenic hormones	هرمونات الذكورة
Anesthetic	تخديري ـ مخدر
Anorexia	فقدان الشهية
Anterograde amnesia	فقدان تذكر الأشياء اللاحقة لحادث معين
Anti- biotics	مضادات حيوية
Antiseptic drugs	المواد المطهرة
Antisocial	مضاد للمجتمع
Antisocial personality	شخصية مضادة للمجتمع
Anxiety	الحصر ـ الخوف والقلق الشديد
Anxiety Hierorchies	إهرامات حصرية
Apathy	بلادة
Aphasia	فقدان القدرة على الكلام
Apprenticeship	التتلمذ المهني
Art production	الإنتاج الفني
Astraphobia	الخوف من الرعد والبرق والعواصف
Aspiration	طموح
Assertive Therapy	العلاج التوكيدي

Assinulate	يهضم
Associatise anamnies	تداعي الذكريات السابقة
Asttenia	الوهن والذبول
Athletics	المناشط الرياضية
Attitude	إتجاه عقلي
Audio-visual aids	الوسائل السمعية والبصرية المعينة
Autistic thinking	تفكير ارتغابي
Autonomic nervous System	الجهاز العصبي الذاتي يتحكم في الأعضاء
Auxiliary Egos	مساعدو الذوات الداخلية مساعدو الإخراج في السيكودراما
Aversion Therapy	العلاج بالنفور والكراهية
Awarenss	الوعي - الإدراك
Barbiturates	الأحماض المنومة أو المسكنة
Bed- wetting	بل الفراش
Behaviour	سلوك - مسلك
Behaviour Therapy	العلاج السلوكي
Biochemotherapy	العلاج الحيوي الكيميائي
Biological means	الأساليب الحيوية
Bladder	المثانة
Border- line cases	الحالات الحدية
Brain surgery	الجراحة الدماغية
Brain waves	موجات المخ
Brain pathology	الأمراض الدماغية
Brain tumors	الأورام الدماغية أو المخية
Breathing	التنفس
Breif therapy	العلاج المختصر

Buttocks	روفين
Carbohydrates	كربوهيدرات مادة مؤلفة من كربون وهيدروجين واكسيجين كالسكر والنشا
Case- History	تاريخ الحالة
Case study	دراسة الحالة
Castrating	خصى الأعضاء التناسلية
Catatonia	التخشب أو الجمود أو الهياج
Catharsis	تصريف الإنفعالات ـ تفريغ ـ فضفضة
Censor	الرقيب
Central Nervous System	الجهاز العصبي المركزي
Child guidance clinics	عيادات إرشاد الأطفال
Child- rearing	تربية الطفل
Clarification	توضيح
Clarfy	يوضح
Classification	التصنيف
Clinical	علاجي ـ عيادي
Clinical psychologist	أخصائي علم النفس الإكلينيكي
Client- Centered	متمركز حول المريض أو العميل
Clonic movements	الحركات الإرتعاشية أو الإرتجافية
Cloustrophobia	فوبيا الأماكن الضيقة
Coding	إعطاء الرموز ـ ترميز
Cognitive	معرفي ـ عقلي
Coma state	حالة فقدان الوعي
Common sense	الذوق العام
Compensation	تعويض

Compulsion	قهر ـ إجبار ـ إستحواذ ـ قسر
Compulsive Cleanliness	النظافة القهرية أو الإستحواذية
Compulsory Castration	الخصى الإجباري
Conativers- Congnitive	العلاج العاطفي في مقابل العلاج المعرفي
Concrete	مشخص ـ مشخصة ـ محدد
Conditioned reflex therapy	العلاج بالإنعكاس الشرطي
Conditioning	الإشتراط
Confession	الإعتراف
Conflict	صراع
Cognitive insight	الإستبصار المعرفي
Consequences	النتائج أو المترتبات ـ التوابع
Conscious awareness	الوعي الشعوري
Consititution	تكوين ـ بناء ـ تركيب
Constitutional defect	الضعف البنائي أو التكويني
Contamination	التلوث
Contraction	تقلص
Correctional insitution	المؤسسات الإصلاحية
Cortex	قشرة الدماغ ـ لحاء الدماغ
Couch	كرسي الإسترخاء
Counseling	الإرشاد
Counselor- Centered	التمركز حول المرشد
Counter- anxiety	مضادات الحصر
Counter- transferente	التحويل المضاد
Cure	العلاج ـ الشفاء
Deep	عميق ـ عميقة

Decision- making	إتخاذ القرارات
Delinquency	جنوح ـ إجرام الصغار
Delusion	هذيان
Demonstro- Therapy	العلاج الإداري
Depersonalization	فقدان الإحساس والشخصية
Depression	إكتئاب ـ حزن
Depth	الأعماق ـ العمق
Depth Therapy	علاج العمق
Desensitization	فقدان الإحساس بالمثيرات
Desirability	الرغبة الإجتماعية
Desire	رغبة
Deterioration	تدهور
Determinants	محددات
Deuiant	منحرف ـ شاذ
Diagnosis	التشخيص
Diathermy	نفاذ الحرارة الكهربائية للجسم
Didactic group therapy	العلاج الجماعي التعليمي
Diplopia	ثنائية المرئيات
Discharge	الخروج من المستشفى
Discomforts	عدم الراحة المتاعب
Displacement	الإزاحة أو النقل
Directive therapy	العلاج التوجيهي
Dissociation	إنحلال ـ تفكك ـ تحلل
Dramatic scene	المنظر الدرامي
Dream-interpretation	تفسير الأحلام

Drowsiness	حالة النعاس
Dual personality	إزدواج الشخصية
Dysrhythmias	الموجات الدماغية المضطربة
Eclectic	التلفيقي
Ecological	بيئي
Educational guidence	التوجيه التربوي
Educational therapy	العلاج التعليمي
Ego	الأنا الوسطى
Egocentric	أناني ـ متمركز حول ذاته
Egodefenses	دفاعات الذات
Elation	الشعور بالبهجة والسعادة الزائدة
Electra Complex	عقدة الكترا . تعلق الفتاة بأبيها
Electric heat boxes	الصناديق الحرارية الكهربائية
Electro- Convulsive Shocks	الصدمات الكهربائية الراجفة
Electro- Narcosis Therapy	العلاج التحذيري الكهربي
Electro encepholography	مقياس موجات المخ
Electro encephalograms	رسم الكهرباء على فروة الرأس
Electro shocks	الصدمات الكهربائية
Elbow	الكوع
Embryology	علم الأجنة
Embryonic	جفيني
Emetic	مقيء ـ مقيئة
Emotional Clearing	التطهير الانفعال
Emotional immaturity	عدم النضج الانفعالي
Emotional maladjustment	سوء التكيف الإنفعالي

Emotional re-education	إعادة التعليم الإنفعالي
Emotional release	التنفيس الإنفعالي ـ الراحة
Endocrine glands	الغدد الصماء
Enuresis	التبول اللاإرادي
Environment	بيئة
Epilepsy	مرض الصرع
Ethical	خلقي
Etiology	دراسة أسباب المرض
Eugenics	علم تحسين السلالات
Eugenic measures	وسائل تحسين الوراثة
Euphoria	الشعور الزائد بالرضا والسعادة
Ex-alcoholios	المدمنين السابقين
Excited patients	المرضى المتهيجين
Exhalation	الزفير
Exhibitionism	انحراف الاستعراض الجنسي
Exhortation	التحذير أو العظة ـ النصح
Exirtential analysis	التحليل الوجودي
Experimental neurosis	العصاب التجريب
Expressive play	اللعب التعبيري
Expriental therapy	العلاج التجريبي
External	خارجي
Extinction	الكف ـ توقف ـ الإنطفاء
Extravert	شخص منبسط
Fairness	الإنصاف العدالة
Fantasy	وهم ـ خيال ـ أحلام يقظة

Faulty habits	عادات خاطئة
Fear of assertion	الخوف من التوكيد
Feces	براز
Feeble- mindedness	الضعف العقلي
Feed back	التغذية الإسترجاعية ـ التغذية الرجعية
Feeling	شعور
Fertility clinics	عيادات الإخصاب
Fetishism	إنحراف جنسي (إستدار اللذة من متعلقات المحبوب)
Fingerpointing	الرسم بالإصبع
Filthy	قذر ـ قذرة
Fixation	جمود ـ تثبيت
Flaccid	عضلة مترهلة
Flexibility	المرونة
Flooding	الفيضان
Floppy	لين
Formal educational precedures	الإجراءات التعليمية الرسمية
Forme of reference	الإطار المرجعي
Foster homes	منازل التبني
Faulty learning	التعليم الخاطىء
Fourearms	الساعدين
Fractures	تمزقات
Fraternal twins	التوائم الغيرية
Free association	التداعي الحر
Freedom	حرية
Free expression	التعبير الحر

Frontal area	المنطقة الجبهية
Frustration	إحباط ـ فشل
Fugue	الجوال ـ التوهان
Full inhalation	الشهيق الكامل
Functional	وظيفي
Galvanic skin responses G. S. R.	الاستجابة الجلفافية ـ إستجابات الجلد الكهربائية
General paresis	شلل خفيف أو جزئي
Genetics	علم الوراثة
Gene	ناقلة وراثة ـ ناقلة الصفات الوراثية
Genitalia	أعضاء التناسل
Germs	جراثيم
Gerontology	علم الشيخوخة
Gestalt therapy	العلاج الجشطالتي
Get off his chest	التخلص مما يجثم فوق صدره
Gloomy	كئيب أو متشائم
Goal	هدف
Goal limited therapy	علاج محدود الهدف
Grand mal	الصرع الكبير
Gratification	إشباع
Group therapy	العلاج الجماعي
Guilt	ذنبا
Guilt feeling	الشعور بالذنب
Gynephobia	الخوف الشاذ من النساء
Halistic	تلفيقي

Hallu cinations	هلاوس ـ خداعات حسية
Hospitazation	الاقامة في المستشفى
Head-trauma	الصدمات الدماغية
Hemiplegia	شلل نصفي
Hereditary factors	عوامل وراثية
Hermaphrodite	إزدواج جنسي
Heterosexual development	النمو الجنسي الطبيعي (الغيري)
Heterosexuality	الجنسية الغيرية (الطبيعية)
Hierarchy	هرم ـ تدرج
Homesick	الحنين للعودة للوطن
Homosexuality	الجنسية المثلية
Hostility	عداوة ـ عداء
Hydrocephaly	الضعف العقلي
Hydrotherapy	العلاج بالماء
Hypertension	التوتر المفرط
Hypnoanalysis	التحليل تحت التنويم ـ التحليل التنويمي
Hypnotic beheviour	السلوك التنويمي
Hypnotherapy	العلاج التنويمي
Hypochondriasis	توهم المرض
Hypomania	الهوس الخفيف
Hypnotherapy	العلاج المغناطيسي
Hysteria	هيستيريا
Hysterical lameness	العرج الهيستيري
Id	الذات الدنيا
Identical twins	قوائم عينية

Identification	تقمص
Idiot	ابله
Vividness	حياة - حيوية
Illegitimate	غير شرعي
Iltusion	خداع الحواس
Immaturity	عدم النضج
Impasse	طريق مسدود
Imperative	ملح - ضروري
Impression	إنطباع
Imprisonment	السجن - الحبس
Impulse	باحث - حافز
Inadequate personality	شخصية غير متواءمة
Incest	علاقة جنسية بين المحارم
Incompetent	عديم الأهلية القانونية
Individual counseling	الإرشاد الفردي
Induction	إحداث
Infantile fears	مخاوف طفلية
Infantilism	الطفلية
Infantry officer	ضابط مشاه
Infections	عدوى
Inferiority complex	عقدة نقص
Infrared lamps	لمبات الأشعة تحت الحمراء
Inhibition	كف - توقف - منع
Inner changes	تغييرات داخلية
Insanity	جنون

Insight	إستبصار - فهم عميق
Insight therapy	العلاج بالإستبصار
Institutionalization	الاقامة في المؤسسات
Instructions	التعليمات
Instrumental conditioning	الاشتراط الآلي
Insulated	عازل للكهرباء والحرارة
Insulin and electro-shocks	صدمات بالأنسولين وصدمات كهربائية
Insulin coma therapy	علاج الإغماء بالأنسولين
Insulin therapy	العلاج بالأنسولين
Integration	تكامل
Intellectualized	عقلاني
Intermittent Reinforcement	التعزيز المنقطع أو المتناوب
Internship	إقامة داخلية
Interpretation	التفسير أو التأويل
Interpretive therapy	العلاج التفسيري أو التأويلي
Interviewing	المقابلات
Intinuitive richness	الثراء الحدسي
Introjection	إمتصاص
Introvert	منطوي
Inventorys	الإستبيانات
Involuntary	لا إرادي
Involuntary vocalization	التلفظ اللاإرادي
Iodine	مادة اليود
Irrational	غير عقلي - لا عقلي

Irregular	غير منتظم
Irrsponsibility	عدم المسئولية
Isolation	عزل
Jerky movements	حركات إرتجافية
Kelptomania	السرقة القهرية
Lack of self-assertion	فقدان التوكيد الذاتي
Latent content	المحتوى الخفي ـ الباطن
Lesbianism	الجنسية المثلية في النساء
Lesions	الآفات
Let go	يصرف ـ يدعها تخرج
Libido	الطاقة الحيوية والجنسية
Limbs	الأطراف
Lobotomy	العمليات الجراحية للنسيج الدماغي
Logotherapy	العلاج الوجودي
Loneliness	الشعور بالوحدة
Long-term Therapy	علاج طويل المدى
Loose	سائب
Low anplitude	مدى قصير
Lucid interval	إشراقه ـ إستناره
Majoroperation	عملية جراحية كبيرة
Maladjustement	سوء التكيف
Manic- depression	الجنون الدوري
Manifest content	المحتوى الظاهر
Mannerism	التصنع ـ التكلف ـ حركات اللوازم
Martial music	الموسيقى الحربية

Masochism	الماشوسية ـ حب إلحاق الأذى بالنفس
Massage	التدليك
Masturbation	العادة السرية
Maternal motives	دوافع الأمومة
Mativations	الدافعية
Maturity	النضج
Meanings	المعاني
Meaning of life	معنى الحياة
Mechanism	آلية ـ عملية عقلية
Medical Evaluation	التقويم الطبي
Medical examination	الفحص الطبي
Medical therapy	العلاج
Megalomania	جنون العظمة
Melancholia	حزن شديد ـ مالنخوليا ـ السوداوية
Mental deficiency	ضعف عقلي
Mental disease	مرض عقلي
Mental hospitals	المستشفيات العقلية
Mental hygiene	الصحة العقلية
Mental illnesses	الأمراض العقلية
Menses	دم الحيض
Menostasia	إحتباس الحيض
Metrozol therapy	العلاج بالمتروزول
Microcephaly	صغر الرأس
Micturition	تفريغ المثانة
Migraine	صداع نصفي

Milieu	البيئة ـ المحيط الوسط
Milieu therapy	علاج البيئة
Meseducative	تعليمي خاطىء
Modelling	تشكيل ـ نمزجه
non-directive psychotherapy	علاج غير توجيهي
Monotony	رتابة
Moral suasion	الاقناع الخلقي
Moron	المأفون
Multiple-choice responses	الاستجابات المتعددة الاختيار
Multiple personality	الشخصية المزدوجة
Multiple therapy	العلاج المزدوج
Muscular contractions	إنقباض العضلات
Muscular tension	التوتر العضلي
Musical therapy	العلاج بالموسيقى
Mutism	العجز عن الكلام
Mysophobia	الخوف من الجراثيم
Narcissism	حب الذات ـ عشق الذات
Narcoanalysis	التحليل التحذيري
Narcosis	التحذير
Narcotherapy	العلاج التحذيري
Nausea	الغثيان ـ الدوار
Necrophilia	الهيام بالموتى
Need	حاجة
Negativism	النفيية
Neurological examination	فحص عصبي

Neuropsychiatry	الطب العقلعصبي
Neurosis	عصاب
Nerve inflammation	إلتهاب الأعصاب
Nonprofessional	غير متخصص
Non-projective	غير إسقاطي
Nondirective counseling	الإرشاد التوجيهي
Normality	حالة السواء
Normal outlets	منافذ طبيعية
Nosology	علم تصنيف الأمراض
Nonverbal	غير لغوي
Nyctophobia	الخوف الشاذ من الظلام
Objective	موضوعي
Observation	الملاحظة
Obsession	وسواس
Obsessional fear	خوف وسواس
Occipital	مؤخرة الدماغ
Occupational therapy	العلاج بالعمل
Ochlophobia	الخوف من الزحام
Oedipus complex	عقدة أوديب
Oedipus stage	المرحلة الأودبية
Offence	خطأ أو جنحة
Operant conditioning	الإشتراط الإجرائي أو الأدوي
Oral	فمي
Oral fixation	الجمود الفمي
Organic psychosis	ذهان عضوي

Orientation	إدراك المكان والزمان ـ توجيه
Outer changes	تغييرات خارجية
Outpatient clinics	العيادات الخارجية
Overcompensation	التعويض الزائد
Overprotective	المبالغة في الحماية
Paired comparisons	المقارنات الزوجية
Paradoxical Intention	الإرادة المتناقضة ظاهرياً
Paramnesia	الذاكرة الزائفة
Paranoia	جنون الإضطهاد
Parental rejection	نبذ والدي
Paresis	الشلل
Paronoid schisophrenia	الفصام الإضطهادي
Parturition	مخاض الولادة
Postnatal	البعد ولادية
Pathology	علم الأمراض
Pediatricians	أطباء الأطفال
Pedophilia	الرغبة الجنسية في الأطفال
Performance	آداء أو عمل
Pellagra	فقر الدم
Permissible outlets	منافذ تسامحية
Personality disturbances	إضطرابات الشخصية
Personal relationship	العلاقة الشخصية
Petit mal	الصرع الصغير
Picnic	نزهة
Phallic stage	المرحلة القضيبية

Phenomenology	علم دراسة الظواهر
Phobia	خوف شاذ
Photophobia	الخوف الشاذ من الضوء الشديد
Physicien	طبيب بشري
Physiotherapy	العلاج الطبيعي
Play Therapy	العلاج باللعب
Poor Concentration	ضعف التركيز
Post-hypnotic Suggestions	الإيحاءات اللاحقة على التنويم
Precipitating cause	سبب مهيء للمرض
Predisposing cause	سبب مهيىء للمرض
Predisposition	تهيؤ - إستعداد
Pregnancy	الحبل - الحمل
Prenatal	قبل ولادي
Prestige	البريق أو المكانة
Prevention	الوقاية
Prison Counseling	تلارشاد في السجن
Problem-Solving	حل المشكلات
Prognosis	التنبؤ بسير المرض
Projection	إسقاط آلة عرض
Prominent	بارز أو ناتىء
Protracted exercises	تدريبات مطولة
Pseudolalia	أصوات عديمة المعنى
Pseudo-Therapy	العلاج بعقار زائف
Psychaitric nurse	الممرضة العقلية
Psychiatrist	طبيب عقلي

Psychiatry	الطب العقلي
Psychoanalysis	التحليل النفسي
Psychoanalyst	المحلل النفسي
Psychobiological therapy	العلاج النفسبيولوجي
Psychobiology	نفسيحيوية
Psychodrama	التمثيل النفسي
Psychogenic	نفسي المصدر أو المنشأ
Psychotherapy	العلاج النفسي
Psychomotor	نفسيجسمي - نفسيحركي
Psychosis	ذهان
Psychosomatic	نفسيجسمي
Psychasthenia	الوهن النفسي
Psychosurgery	الجراحة النفسية
Psychopathics	الشخصيات السيكوباتية
Psychopathy	انحراف السيكوباتية
Psychiatric Social Worker	أخصائي الطب العقلي الاجتماعي
Psychopathology	علم الأمراض النفسية
Psychotherapy by reciprocal inhibition	العلاج النفسي بالكف المتبادل
Pulse - rate	معدل النبض
Punishment	العقاب
Puppet Shows	معارض لعب الأطفال
Pyromania	الرغبة الشاذة في إشعال النار
Quality	الكيفية
Quantity	الكمية
Random Thoughts	الأفكار العشوائية

Rank Order	تنظيم رتب
Rapport	الرباط العاطفي
Rating Scales	مقاييس التقدير
Rational Psychotherapy	العلاج النفسي العقلي الفهم
Reaction formation	العكسية
Readjustment	إعادة التكيف
Reassurance	إعادة التوكيد أو الطمأنينة
Recessive gene	ناقلة نافرة للوراثة
Reciprocal Inhibition	الكف المتبادل
Recividism	العودة للجريمة
Recovery	الشفاء
Recreation Centers	مراكز ترفيه
Remedial education	التعليم العلاجي
Referral	تحويل المرضى لجهات العلاج
Reflection	الانعكاس
Regression	نكوص
Rehabilitation centers	مراكز التأهيل
Reinforcement	التعزيز
Relapse	نكسة مرضية
Relationship therapy	علاج العلاقات
Relaxation	إسترخاء
Relaxation therapy	علاج الاسترخاء
Relaxing of ego defense	إسترخاء دفاع الذات
Relearning	إعادة التعلم
Release	الراحة ـ تخلص

Reliable	ثابت
Remission	زوال الأعراض
Removal of Symptoms	إزالة الأعراض
Repression	كبت
Repressive inspirational	كبتي إيحائي
Resistance	مقاومة
Responsiveners	الاستجابية
Reward and punishment	الثواب والعقاب
Role - playing	لعب الدور
Sadism	حب الأذى
Sanity	الصحة العقلية
Scalp	فروة الرأس
Schizophrenia	فصام ـ ذهان عقلي
Sector therapy	علاج لجانب محدود من جوانب الشخصية
Security	أمان ـ استقرار
Sedatives	العقاقير المسكنة
Seduction	إغراء
Segregated	منعزل
Seizure	تشنج
Self - Actualization	تحقيق الذات
Self - Deception	خداع الذات
Self - devalution	بخس قدرات النفس
Self - esteem	إحترام الذات
Self - recsimination	لوم الذات
Semanics	معاني الكلمات

Semantic analysis	تحليل معاني الكلمات
Semantic therapy	العلاج القائم على فهم المعاني / العلاج المعنوي
Sensorimotor coordination	التآزر الحسي الحركي
Senile	شيخوخي - شيخي
Senile psychoses	ذهانات الشيخوخة
Sense of Humour	روح المرح - روح الفكاهة
Sentence Colmpletion test	إختبار تكملة الجمل
Sexual compulsion	الإستحواذ الجنسي
Sexual deviate	منحرف جنسياً
Shadowing technique	طريقة الظلال
Shading	ظلال
Shock therapy	العلاج بالصدمات
Situational test	الإختبارات الموقفية
Slovenly	قذر الجسم
Slums	مناطق شعبية متدنية
Smooth	ملساء غير متعرجة
Smother	يخنق
Social and Physical environments	البيئة الإجتماعية والفيزيقية
Social animal	حيوان إجتماعي
Social approval	القبول الإجتماعي
Social envionment	البيئة الاجتماعية
Socialization	التنشئة الاجتماعية
Social learning	التعلم الاجتماعي
Social pathology	الأمراض الاجتماعية
Social reinforcement	التعزيز الاجتماعي

Soiled	ملوثة
Solution of dextrose	محلول سكر العنب
Somatic	جسمي - جسدي
Somatherapys	العلاج الجسمي
Somnambulism	المشي أثناء النوم
Soviour	المخلص العظيم
Sphincter Muscle	العضلة العاصرة
Spiders phobia	فوبيا العناكب
Spontaneity	التلقائية
Stable	ثابتة
Staff - Conferience	مؤتمر العاملين
Stammering	عقدة اللسان التلعثم
Sterilization	تعقيم
Stimulent	مثير- منبه
Stimulus and response	المثير والاستجابة
Stomach muscles	عضلات المعدة
Stomach ulcer	قرحة المعدة
Strain	توتر
Stress	ضغط - توتر
Stress tolerance	تحمل الضغط
Strong motive	دافع قوي
Stupor	إغماءة
Stuttering	اللجلجة - التهتهة
Style	الأسلوب
Stylus	قلم معدني

Sublimation	إعلاء الدوافع
Submissiveness	الخضوعية ـ الخنوعية
Suburban areas	مناطق الضواحي
Suicide	الانتحار
Surface	سطح
Super - ego	الأنا الأعلى
Superficial	سطحي ـ سطحية
Supportive	تعضيدي ـ تدعيمي
Suppression	قمع ـ توقيف
Symbolic form	طريقة رمزية
Symbolization	وضع الرموز ـ الترميز
Sympathetic nerve	العصب السمبثاوي
Symptomatic	عرضي
Symptoms	الأعراض المرضية
Syndrome	مجموعة أعراض
Syphilis	مرض الزهري
Systematic Desensitization	سلب الحساسية المنتظم
Talking out	يفصح عن إنفعالاته بالحديث
Team	فريق ـ جماعة
Techniques	طرق ـ أساليب ـ تقنيات فنية
Tension	توتر
Testing	القياس
Testosterone	هرمون جنسي ذكري
The Four - Picture test	إختبار الصور الأربعة
Therapeutic	علاجي ـ شفائي

Therapeutic modelling	التشكيل العلاجي
The Thematic Apperception test	إختبار تفهم الموضوع
Thighs	فخذين
Thought - Control	الضبط الفكري
Threat	تهديد
Time - binding	الربط الزمني
Toes	أصابع الرجل
Tooth grinding	قرض أو جرش الأسنان
Total push	الدفعة الكلية
Toxic	سام
Toxic psychosis	ذهان تسممي - ذهان ناتج عن تسمم
Trance	غشية - غفوة - نوم خفيف
Tranquilizing drugs	العقاقير المسكنة أو المهدئة
Transference	عملية التحويل
Transvestism	التشبه بالجنس الآخر
Trduma	جرح - إصابة
Tremour	رعشة - رجفة
Triceps Muscles	العضلات - ذات الثلاث رؤوس
Tube feeding	تغذية بالأنبوب
Tuberculosis	مرض السل الرئوي
Unconscious	لا شعوري - لا واعي
Unconscious motivations	الدافعية اللاشعورية
Ungraded classes	فصول دراسية غير مدرجة
Uniformity	تناسق - الاتساق أو التوحيد
Untreatable	غير قابل للعلاج

Vagus nerve	العصب الطواف (أي العصب المعدي الرئوي)
Vegetative	إنسحابي ـ منطوي
Verbal	لفظي
Verbal conditioning	الاشتراط اللفظي
Vocational aptitude	الاستعداد المهني
Vocational guidance	التوجيه المهني
Vocatization	التلفظ ـ النطق بالألفاظ
Vomiting	تقيىء ـ قيء
Voyeurism	اللذة من استرقاق السمع والبصر للنشاط الجنسي
Warmth	الدفء
Wet backs	الظهور المبتلة
Will to meaning	إرادة المعنى
Will - training	تدريب الارادة
Withdrawal symptoms	أعراض إنسحابية
Working - through	حل « المشكلات »
Work therapy	العلاج عن طريق العمل
Wrist	الرسغ أو المعصم
Zoophilia	الهيام بالحيوانات

قائمة المراجع العربية

د . أحمد عكاشة ، الطب النفسي المعاصر ، مكتبة الانجلو المصرية بدون تاريخ .

جون نانيب ترجمة عبد السلام القفاش ومحمد عاطف السعيد ، قصة علاجي بالتحليل النفسي ، الشركة العربية للطباعة والنشر .

د . حامد عبد السلام زهران ، قاموس علم النفس ، دار الشعب ١٩٧٢ .

د . سعد جلال ، التوجيه النفسي والتربوي والمهني ، دار المعارف ١٩٦٧ .

د . صبري جرجس ، الطب النفسي في الحياة العامة ، دار النهضة العربية ١٩٦١ .

د . عبد الرحمن عيسوي ، علم النفس ومشكلات الفرد ، منشأة المعارف بالاسكندرية .

د . عبد الرحمن عيسوي ، إتجاهات جديدة في علم النفس الحديث دار الكتب الجامعية ، ١٩٧١ .

د . عبد الرحمن عيسوي ، دراسات سيكولوجية ، منشأة المعارف بالاسكندرية .

د . عبد الرحمن عيسوي ، معالم علم النفس ، دار المطبوعات الجامعية .

د . عبد الرحمن عيسوي ، علم النفس بين النظرية والتطبيق ، دار الكتب الجامعية .

د . عبد الرحمن عيسوي ، علم النفس والإنسان ، منشأة المعارف بالاسكندرية .

د . عبد الرحمن عيسوي ، علم النفس علم وفن ، دار المعارف بمصر ١٩٧٥ .

د . عبد الرحمن عيسوي ، دراسات في علم النفس الإجتماعي ، دار النهضة العربية - بيروت ١٩٧٤ .

د . عبد الرحمن عيسوي ، القياس والتجريب في علم النفس والتربية ، دار النهضة العربية - بيروت ١٩٧٤ .

د . عبد الرحمن عيسوي ، و د . محمد جلال شرف ، سيكولوجية الحياة الروحية في المسيحية والإسلام ، منشأة المعارف بالاسكندرية ١٩٧٢ .

د . عبد الرحمن عيسوي ، علم النفس الفسيولوجي ، دراسة في تفسير السلوك الإنساني ، دار النهضة العربية - بيروت ١٩٧٤ .

د . كمال دسوقي ، علم الأمراض النفسية : التصنيفات والأعراض المرضية ، دار النهضة العربية - بيروت ١٩٧٤ .

د . محمد شرف ، معجم العلوم الطبية والطبيعية ، مكتبة النهضة بيروت - بغداد بدون تاريخ .

مكسويل جونز وآخرين ، ترجمة د . صموئيل مغاريوس « الطب النفسي الإجتماعي » ، دار المعارف مصر ، ١٩٦١ .

المنجد في اللغة ، دار المشرق - بيروت ١٩٧٣ .

منير البعلبكي ، قاموس المورد ، انجليزي - عربي ، دار العلم للملايين ٧٤ .

منير وهبه الخازن ، معجم مصطلحات علم النفس ، دار النشر للجامعيين بدون تاريخ .

قائمة المراجع الأجنبية

Abrahamsen, D., The Psychology of Crime, John Wiley and Sons, Inc. New York, 1958.

Allen. C., Modern discoveries in Medical Psychology, and Pan Books Ltd, London, 1956.

Beech. H. R, Changing Man's Behaviour, Penguin Books, 1971.

Brammer. L. M., and Shoslrom, E. L., Theraqeutic Psychology, Fundamental of Actualization Counseling and Psychotherapy, Prentice- Hall, Inc., Englwood Cliffs. N. Jersey. 1968.

Chown. S., Human Ageing, Penguin Books, 1972.

Claridge. G., Drugs and Human Behaviour, Penguin Books 1972.

Coleman. J. C., Abnormal Psychology and Modern Life, Scott, Foresmaon and Company, Chicago 1956.

Drever. J., A. Dictionary of Psychology, Penguin Books, 1962.

English. H. B. and English A. C., Acomprehensive Dictionary of Psychological and Pschoanalytical Terms, Longmans, U. S. A. 1958.

Foulkes. S. H., and Anthony. E. J., Group Psychotherapy, The Psychoanalytic Approach, Penguin Books. 1963.

Franki. V. E., Psychotherapy and Existentialism: Selected Papers on Logotherapy, Penguin Books. 1967.

Franki. V. E., The Doctor and the Soul: From Psychotherapy to Logotherapy, Penguin Books, 1973.

Gathercole. E. C., Assessment in Clinical Psychology, Penguin Books. 1968.

Harper, R. A., Psychoanalysis and Psychotherapy, Prentice Hall, Inc., U. S. A. 1960.

Harriman P. L., Dictionary of Psychology, A Division of Philosophical, Library, New York 1947.

Hilgard, E. R., Introduction to Psychology, 3rd Ed., Rupert Hart-Davis, London, 1962.

Johnson C. R., and Medlnnus. G. R, Child Psychology: Behavior and Development, John Wiley and Sons Inc, New York London, 1969.

Journal of Abnormal Psychology, The American Psychological Association Inc., October 1973.

Kossel. N., and Walton. H., Alcoholism, Penguin Books, 1965.

Laing. R. D., and Esterson. A., Sanity Madness and The Family, Penguin Books 1974.

Luchins. A. S., Group Therapy: A Guide, Random House, New York 1999.

Mc Candless B. R., Children Behavior and Development, Holt Rinehart and Winston Inc, New York, 1967.

Mc Cord. W., and Mc Cord. J., The Psychopath. Anessay on the Criminal Mind D. Van Nostrand Company, Inc., New Jersey New York, London, 1964.

Mc Ghie. A., Pathology of attention, Penguin Books, 1969.

Midelfort. F. C., The Family in Psychotherapy, The Blakiston Division Mc Craw-Hill Book Company, Inc. New York. London, 1957.

Perry. L., and Rosenhan, D., Foundations of Abnormal Psychology, Holt, Rinehart and Winston Inc. London 1968.

Rachman. S., The Meanings of Fear, Penguin Books, 1974.

Rothney. J. W. M., Adaptive Counseling in Schools, Prentice- Hall, Inc. Englewood Cliffs N. J. New Jersey 1972.

Rotter B. J., Clinical Psychology, Prentice- Hall, Inc. New Jersey 1964.

Rycroft. C. A., Critical Dictionary of Psychoanalysis, Penguin Books, 1972.

Shaffer. C. W., and Lazarus. S., R., Fundamental Concepts in Clinical Psychology, Mc Craw- Hill Book Company, Inc. New York, London Kogakusha Company Ltd. Tokyo, 1952.

Storr. A., Sexual Deviation, Penguin Books, 1974.

Strang. R., Counseling Technics in College and Secondary School, Harper and Brothers, Publishers, New York 1949.

Thorndike, R. L., and Hagen, E., Measurement and Evalution in Psychology and Education, John Wiley and Sons, Inc., N. Y., 1969.

West. J. D., The Young Offender Penguin Books, 1967.

Whitehead. A., in the Service of Old Age, The Welfare of Psychogeriatric Patients, Penguin Books, 1970.

من الأعمال السيكولوجية للمؤلف

١ ـ علم النفس الفسيولوجي ، دراسة في تفسير السلوك الإنساني ـ دار النهضة العربية ـ بيروت .

٢ ـ علم النفس الإجتماعي ، دار النهضة العربية ـ بيروت .

٣ ـ القياس والتجريب في علم النفس والتربية ، دار النهضة العربية ـ بيروت .

٤ ـ علم النفس والإنتاج ، مؤسسة شباب الجامعة بالاسكندرية .

٥ ـ علم النفس في الحياة المعاصرة ، دار المعارف بمصر .

٦ ـ علم النفس بين النظرية والتطبيق ، دار الكتب الجامعية بالاسكندرية .

٧ ـ اتجاهات جديدة في علم النفس الحديث ، دار الكتب الجامعية بالاسكندرية .

٨ ـ علم النفس ومشكلات الفرد ، منشأة المعارف .

٩ ـ علم النفس والإنسان ، منشأة المعارف .

١٠ ـ الأخلاق عند الشباب العربي ، دار النهضة العربية ـ بيروت .

١١ ـ العصاب والإنطواء والكذب ، دار النهضة العربية ـ بيروت .

١٢ ـ الشعور بالخوف والأمان ، دار النهضة العربية ـ بيروت .

١٣ ـ العدوان والسيطرة ، دار النهضة العربية ـ بيروت .

١٤ ـ علم النفس علم وفن ، دار المعارف بمصر .

١٥ ـ طبيعة البحث السيكولوجي (ترجمة (تحت الطبع)) ، دار الطليعة ـ بيروت .

١٦ ـ إبن سينا والأمراض النفسية العصرية ، الجامعة اللبنانية . مؤتمر الحضارة العربية .

١٧ ـ دور التربية في تنمية التفكير العلمي الإبداعي ، الندوة الإنمائية ـ بيروت .

١٨ ـ مشكلة التقويم في التعليم الجامعي أسبابها وأساليب علاجها ، دراسة حقلية ١٩٧٥ ، الإتحاد العام للجامعات العربية .

١٩ ـ دور البحث العلمي في حل مشكلات المواطن العربي المعاصر ، الإتحاد العام للجامعات العربية ١٩٧٣ .

٢٠ ـ الحرب النفسية ودور الأجهزة التربوية في مقاومتها ، صحيفة التربية مارس ١٩٧٠ .

٢١ ـ دور الوعي السيكولوجي في مكافحة الجريمة ، صحيفة التربية ١٩٦٩ .

٢٢ ـ العلاقة بين الإتجاهات الدينية والخلقية والتكييف النفسي والعائلي ، مجلة المكتبة ١٩٦٩ القاهرة .

٢٣ ـ نظرية التحليل النفسي وتطبيقاتها التربوية ، مجلة الرائد ١٩٦٩ .

٢٤ ـ سيكولوجية الطفل في يومه الدراسي الأول ، جريدة الأنوار .

٢٥ ـ التفسير السيكولوجي لظاهرة ترديد الكلمات التليفزيونية الهزلية ، جريدة الأنوار ١٣/ ١٠/ ١٩٧٤ .

٢٦ ـ سيجمند فرويد : نشأته ، فلسفته وآرائه النفسية والتربوية ، مجلة الرائد ١٩٧٤ .

٢٧ ـ الحرب النفسية الحديثة هي كل الحروب مجتمعة، جريدة النهار ١٢/ ٥/ ٧٤

٢٨ ـ وسائل مواجهة القلق في الإمتحانات ، جريدة الأنوار ١٢ / ٦ / ١٩٧٤ .

٢٩ ـ في سبيل تحرير الطالب من رعب كلمة إمتحان ، النهار ٣٠/ ٦/ ١٩٧٤ .

٣٠ ـ مشاعر القلق والتوتر في الإمتحانات ، مجلة الحوادث ٢٨/ ٦/ ١٩٧٤ .

٣١ ـ الحرب الدعائية أهدافها وأساليبها ، مجلة الكلية البحرية ١٩٧٣ .

٣٢ ـ مشاكل الشباب ، مجلة حواء ١٥ / ٩/ ١٩٧٣ .

٣٣ ـ الحرب النفسية وعمليات غسيل المخ ، معهد البحوث والدراسات العربية ١٩٧٥ ـ القاهرة .

٣٤ ـ سيكولوجية الخرافة والتفكير العلمي ، دراسة حقلية على الشباب العربي ، الهيئة العامة للكتاب ـ بيروت (تحت الطبع) .

٣٥ ـ الآثار النفسية والإجتماعية للتليفزيون العربي ، دراسة حقلية على الشباب العربي ، الهيئة العامة للكتاب ـ بيروت (تحت الطبع) .

٣٦ ـ الصحة النفسية للمرأة العربية الحامل ، دراسة حقلية على المرأة العربية ، الهيئة العامة للكتاب ـ بيروت (تحت الطبع) .

الفهرس

صدر للمؤلف

عن

دار النهضة العربية

سلسلة علم النفس

* دراسات في علم النفس الاجتماعي
* علم النفس الفسيولوجي
* القياس والتجريب في علم النفس والتربية
* اتجاهات جديدة في علم النفس الحديث.
* علم النفس والانتاج
* تطوير التعليم الجامعي.
* الأثار النفسية والاجتماعية للتلفزيون العربي
* سيكولوجية الخرافة.
* العلاج النفسي.
* معالم علم النفس.
* سيكولوجية الجنوح.
* علم النفس بين النظرية والتطبيق.